

INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA

Escola Superior de Altos Estudos

EXPERIÊNCIAS DISSOCIATIVAS, TRAUMÁTICAS E SINTOMAS
PSICOPATOLÓGICOS

NUMA AMOSTRA DA POPULAÇÃO RECLUSA MASCULINA DE

COIMBRA
MARA JOANA PEREIRA E COSTA



Dissertação de

Psicoterapia e Psicologia Clínica

Mestrado em

Coimbra, 2010



Experiências Dissociativas, Traumáticas e Sintomas Psicopatológicos Numa amostra da população reclusa masculina de Coimbra

MARA JOANA PEREIRA E COSTA

Dissertação Apresentada ao ISMT para a Obtenção do Grau de Mestre em Psicoterapia e
Psicologia Clínica

Orientadora: Professora Doutora Helena Espírito Santo, Professora Auxiliar no ISMT

Coimbra, Dezembro de 2010

AGRADECIMENTOS

A finalização deste trabalho é o primeiro passo na concretização de um sonho para o qual foram responsáveis outras pessoas além de mim.

Quero agradecer verdadeiramente à Professora Doutora Helena Espírito Santo. Sem ela jamais alcançaria esta meta. Obrigada pela sua dedicação, empenho, camaradagem e ensinamentos. Pela palavra certa no momento certo. Pelo conforto nos momentos de desespero.

Ao meu filho quero agradecer todos os sorrisos e carinhos que me injectavam de energia e não me deixaram desistir. E quero pedir para que um dia compreenda todas as minhas ausências.

Ao meu marido, pela força inesgotável, amor, carinho, colo e admiração que sempre demonstrou durante este percurso. Obrigada por seres o meu porto seguro.

Aos meus pais, agradeço a retaguarda imprescindível, pelo amor, cuidados e disponibilidade quer emocional, quer financeira, que sempre demonstraram.

Ao meu padrinho, peça fundamental neste puzzle. Obrigada pelo encorajamento, força e ajuda financeira.

A todos/as os/as meus/minhas verdadeiros/as amigos. Igualmente responsáveis pela conquista deste sonho. Aqueles que sempre acreditaram em mim. Aqueles que sempre estiveram cá; que me souberam confortar nos momentos de angústia e dar-me energia nos momentos de ruptura. Aqueles que tinham a palavra certa no momento certo e nunca me deixaram desistir. Muito Obrigada!

Agradeço às Psicólogas do Estabelecimento Prisional de Coimbra, pelo seu empenho no auxílio de “angariação” de reclusos e a todos os reclusos participantes neste estudo, pela colaboração e disponibilidade.

Aos colegas de orientação que tão bem me receberam num grupo já construído. Obrigada e Boa Sorte para o futuro.

A todos que foram responsáveis de forma mais indirecta, muito obrigada.

Resumo:

Este estudo teve como objectivo verificar se existe relação entre as experiências dissociativas, traumáticas e sintomas psicopatológicos na população reclusa, e verificar se há diferenças nestas experiências e sintomas tendo em conta o tipo de crime e a sua gravidade. Foram recrutados 33 reclusos segundo a sua categoria criminal: homicídio qualificado, homicídio simples, roubo, furto qualificado e furto simples. Os reclusos tinham idades compreendidas entre os 26 e os 67 anos. A amostra foi dividida em dois grupos: grupo de reclusos que cometeram crimes contra pessoas (GPe) e grupo de reclusos que cometeram crimes contra o património (GPa). Na recolha de dados utilizámos a *Dissociative Experiences Scale* (DES) e o *Traumatic Experiences Checklist* (TEC) para avaliar as experiências dissociativas e traumáticas. Para avaliar os sintomas psicopatológicos aplicámos o *Beck Depression Inventory* (BDI) e o *Brief Symptom Inventory* (BSI). A fim de controlar a presença de simulação frequente nesta população, empregámos o *Rey-15 Item Test*.

A população reclusa tem experiências traumáticas, dissociativas e sintomas psicopatológicos em maior número quando comparada com a população em geral. Destaca-se o factor *absorção* da DES, o trauma com e sem ameaça corporal da TEC. Não se verificam diferenças significativas entre os grupos, com excepção dos sintomas paranóides. Finalmente, este estudo permitiu-nos verificar que há relação entre as experiências dissociativas, experiências traumáticas e sintomas psicopatológicos na população reclusa.

Palavras-chave: Experiências Dissociativas, Experiências Traumáticas, Sintomas psicopatológicos, Simulação, População reclusa.

Abstract

This study aimed to check if there is a relationship between dissociative experiences, traumatic and psychopathological symptoms in prison population, taking into account the type of crime and its severity. 33 inmates were recruited according to their criminal category: murder, homicide, robbery, simple robbery and theft. The inmates were aged between 26 and 67 years. The sample was divided into two groups: group of inmates who committed crimes against persons (GPe) and a group of inmates who committed crimes against property (GPa). In data collection we used the *Dissociative Experiences Scale* (DES) and the *Traumatic Experiences Checklist* (TEC) to evaluate dissociative experiences and trauma. To evaluate the psychopathological symptoms we applied the *Beck Depression Inventory* (BDI) and the *Brief Symptom Inventory* (BSI). In order to control the presence of simulation common in this population, we used *the Rey-15 Item Test*.

The prison population have traumatic and dissociatives experiences and psychopathological symptoms in greater numbers when compared with the general population. Stands the *absorption* factor of the DES, the trauma with and without threat of bodily TEC. There are no significant differences between groups, with the exception of paranoid symptoms. Finally this study allowed us to verify a relationship between the dissociative experiences, traumatic experiences and psychopathological symptoms in the prison population.

Keywords: Dissociative experiences, traumatic experiences, psychopathological symptoms, Simulation, Prison Population.

Introdução

Experiências Dissociativas

A palavra dissociação significa acção de dissociar, de separar o que estava unido. Também significa ruptura da unidade psíquica e advém do verbo dissociar que consiste na separação de elementos associados, desunir, distinguir (Oliveira, 2007). A dissociação é definida como uma descontinuidade de estados e como um mecanismo importante de sobrevivência que fornece um método de divisão do conhecimento colocando-o num estado dependente. Sob o ponto de vista clínico, a definição mais comum de dissociação é a de que é uma experiência de desconexão do Eu, do mundo, das emoções, das memórias e dos outros (Barlow, 2005). O que estas definições têm em comum é a de que a dissociação corresponde à separação da informação. A dissociação é igualmente entendida como um salto entre diferentes estados, como um estado especial ou como uma separação funcional em que se resguardam memórias, habilidades, afectos e outros conhecimentos, para serem guardados de forma a ter uma menor facilidade de acesso (Barlow, 2005; Putnam, 1997). Apesar das definições de dissociação variarem e de inúmeras teorias terem tentado aclarar este conceito complexo, de um modo geral, os autores concordam especialmente com a definição de falta de integração da consciência, a qual tem sido observada em homens e mulheres de várias idades e culturas (Brunet, Holowka, & Laurence, 2001; Nilsson & Svedin, 2006).

A dissociação também é utilizada para descrever uma enorme amplitude de fenómenos normais e anormais como a fantasia, respostas hipnóticas, sensação de que o ambiente à sua volta é irreal, a amnésia e a sensação de não ser o próprio (Brunet, Holowka, & Laurence, 2001). Para além de surgirem maioritariamente ligados a circunstâncias clínicas, as experiências dissociativas também podem ocorrer em indivíduos normais em situações de stress, muitas vezes reportados em situações de alta e baixa estimulação, como a excitação, a fadiga, a ansiedade, desordem sensorial ou de sono, stress agudo, intoxicação de álcool ou droga, rituais e reacção a sugestões hipnóticas (Brunet, Holowka, & Laurence, 2001). Experiências como o transe religioso, a possessão, a oração, rituais religiosos ou a meditação fazem igualmente parte de estados dissociativos normativos (Castillo, 1997; Golub, 1995; Goodman, 1988; Lambek, 1981; Lewis-Fernández, 1994; Lynn, 2005; Kumar, 1997).

Um grande número de autores utiliza o termo dissociação para assuntos tão distintos como os *processos* que geram e mantêm uma falha de integração, o *resultado* desses processos e os *sintomas* de dissociação (ref. por van der Hart, Nijenhuis, Steele, & Brown, 2004).

As experiências dissociativas são estudadas há já vários anos, apesar de ainda não se ter chegado a uma definição consensual do tema (Elmore, 2000). A compreensão da natureza da experiência dissociativa e

da origem das perturbações dissociativas é difícil devido à sua complexidade e à contradição das classificações que decorrem das dificuldades em construir uma teoria unificada (Negro Junior, Palladino Negro, & Louzã, 1999). As experiências dissociativas caracterizam-se por uma desintegração de pensamentos, emoções e sensações que podem ser súbitos, graduais, transitórios ou crónicos e estarem associados a questões patológicas ou estarem integradas no quotidiano (Espírito Santo, 2008; Negro Junior, Palladino Negro, & Louzã, 1999). As experiências dissociativas são típicas das perturbações dissociativas, mas podem também ocorrer na perturbação de pânico, na perturbação de stress, na perturbação de stress pós-traumático, no abuso de substâncias, na perturbação de identidade dissociativa, nas perturbações psicóticas, nas perturbações somatoformes, nas perturbações de sono, em determinadas perturbações de personalidade, bem como nas perturbações alimentares correlacionadas com a depressão, ansiedade, automutilação e suicídio (Gleaves & Eberenz, 1995; Valdiserri & Kihlstrom, 1995; e revisão de van Ijzendoorn & Schuengal, 1996). Adicionalmente, há ainda estudos que mostram uma relação entre dissociação e sintomas psicopatológicos como o sofrimento emocional geral (Grabe et al., 1999; Walker et al., 1992), os sintomas de ansiedade e depressão (Baker et al., 2003), a hostilidade, a fobia e a somatização (Norton et al., 1990), o psicoticismo (Allen et al., 1996; Kennedy et al., 2004; Merckelbach et al., 2000; Moskowitz et al., 2005; Spitzer et al., 2006), a ideação paranóide (Moskowitz et al., 2005), e os sintomas obsessivos (Grabe et al., 1999; Prueter et al., 2002; Rufer et al., 2006).

As experiências dissociativas, para além de se associarem a determinadas perturbações, associam-se também a alguns aspectos sociodemográficos. Altos níveis de pobreza associadas a uma negligência ou abuso emocional, físico e sexual precoce, também se encontram associados ao desenvolvimento de mecanismos de defesa dissociativos que podem persistir ao longo da vida do indivíduo (Elmore, 2000).

Algumas investigações mostram que na dissociação, quer na população psiquiátrica (Baker et al., 2003; Sar et al., 2007; Spitzer et al., 2003; Tezcan et al., 2003; Waller et al., 2000), quer na população normal (Putnam, 1991) não há diferenças entre homens e mulheres. Contudo, no que diz respeito ao género, outros investigadores verificam que as mulheres dissociam mais do que os homens (Maaranen et al., 2005; Tutkun et al., 1998). Apesar disto, outros estudos mostram que há níveis mais elevados de dissociação nos homens (Seedat et al., 2003). A discordância entre dissociação e idade também é mostrada nalguns estudos. Uns mostram que foram encontrados valores mais elevados entre os jovens (Dorahy et al., 2003; Espírito Santo & Pio Abreu, 2008; Irwin, 1999; Maaranen et al., 2005b; Näring & Nijenhuis, 2005; Ross et al., 1990; Seedat et al., 2003; Spitzer et al., 2006b; Tutkun et al., 1998; Waller & Ross, 1997). Outros não sinalizam qualquer relação entre a idade e a dissociação (Maaranen et al., 2005a; Sar et al., 2000a; Spitzer et al., 2004; Waller et al., 2000). No que diz respeito ao nível

educacional, a maioria dos estudos indica que não tem relação com a dissociação (Akyüz et al., 1999; Boon & Draijer, 1991; Espirito Santo, 2008; Ross et al., 1990).

As experiências dissociativas são frequentemente uma resposta a determinados traumas psicológicos e tornam-se uma resposta automática ao stress que pode prejudicar o funcionamento do indivíduo e aumentar a sensibilidade à psicopatologia grave (Cardena, 1994; Nilsson & Svedin, 2006; Ross, 1989). Num estudo efectuado por Taboas, Canino, Wang, Gracia & Bravo (2006), foram encontradas evidências de que elevadas pontuações de dissociação estão relacionadas com uma variedade de experiências individuais abusivas ou traumáticas. Quando um indivíduo é repetidamente exposto experiências abusivas ou traumáticas, são activados mecanismos dissociativos para reduzir emoções aversivas. Neste sentido, estudos mostram uma relação directa entre a dissociação e o abuso sexual sofrido (Boon & Draijer, 1993; Waller et al., 2000). Vanderlinden e colaboradores (1993) também mostraram que indivíduos com experiências traumáticas graves, comparativamente com indivíduos com experiências traumáticas mais ligeiras, têm pontuações mais elevadas na avaliação de experiências dissociativas, destacando-se do grupo de experiências traumáticas mais graves, as vítimas de abuso sexual.

Experiências Traumáticas

Diariamente diversas pessoas são expostas a acontecimentos traumáticos presentes no seu quotidiano. O risco de exposição ao trauma tem feito parte da condição humana ao longo da evolução da espécie, obrigando o indivíduo a incorporar uma informação adicional na sua estrutura psicológica e a lidar com ela da melhor forma que consegue. As experiências extremas vividas e sentidas pelo homem, provocadas pela natureza ou provenientes de outros acontecimentos, fizeram do trauma a marca do século XX (Bohleber, 2007).

Vaz Serra (2003) caracteriza um acontecimento traumático como a) algo que constitui uma ameaça para a vida ou segurança da pessoa, de natureza ameaçadora ou catastrófica; b) que pode ter curta ou longa duração; c) que ultrapassa em termos da sua intensidade as experiências comuns; d) que provoca no indivíduo medo, desespero ou horror intenso durante algum tempo; e) cuja maioria das pessoas se sentiria de forma idêntica perante a mesma situação; f) no qual o indivíduo sente que não tem nem aptidões nem recursos pessoais e/ou sociais para se confrontar com a circunstancia levando-o a desenvolver um stress intenso; g) em que deve ser tido em conta o contexto cultural no qual o indivíduo se insere, as mudanças que determina nas suas actividades e o grau de afectação que induz nos objectivos pessoais considerados importantes; h) acontecimento perturbador não só para a vítima mas também para alguém que presencie o facto e i) situações como morte violenta ou inesperada de alguém

ou ameaça de morte vivida por um familiar ou amigo íntimo a quem se encontra ligado por laços afectivos fortes podem ser traumáticas para o indivíduo.

Existem diferentes categorias de acontecimentos traumáticos: *acidentes graves* como acidentes de viação; *desastres naturais*, como furacões, incêndios de grandes proporções ou inundações; *agressões criminosas*, como agressão física grave, tentativa de esfaqueamento ou de tiro; *exposição a situações de combate no decurso da vida militar*; *agressão sexual*, como vítimas de violação ou tentativa de violação; *abuso sexual infantil* como o incesto ou contacto sexual com um adulto; *abuso físico ou negligência grave na infância* como os maus tratos físicos, negligência ou abuso emocional; *situações de rapto*, *prisioneiro de guerra*, *tortura ou deslocação forçada devido a condições de guerra*; *testemunhar ou tomar conhecimento* de acontecimentos traumáticos como ver alguém a levar um tiro ou a morrer de forma violenta (APA, 2002; Anaut, 2005; Classen et al., 1993; Vaz Serra, 2003). Outros autores também definem um acontecimento traumático como aquele que constitui uma ameaça para a vida ou segurança de uma pessoa e que se destaca das ocorrências do quotidiano. Os acontecimentos podem ser traduzidos como efeitos graves que tendem a propagar-se no tempo, mesmo depois da sua causa original ter desaparecido, persistindo sentimentos como medo, desespero ou horror intenso (Classen et al., 1993; Tillman, Nash, & Lerner, 1994; Vaz Serra, 2003).

A prevalência de acontecimentos traumáticos varia segundo a metodologia utilizada. Todavia é reconhecido que a exposição a este tipo de acontecimentos é frequente, havendo indivíduos que passam por mais do que um acontecimento traumático ao longo da vida. Há ainda o reconhecimento de que há indivíduos mais propensos que outros a determinados tipos de trauma. As mulheres, por exemplo, comparativamente com os homens estão expostas de forma mais frequente a violações, abuso sexual, negligência por parte dos pais e abuso físico na infância. A maioria das mulheres traumatizadas por violência sexual, não confia nos outros, sentindo muitas vezes um receio contido de revelar a verdade por acreditarem que podem ser acusadas ou rejeitadas (Tonkink & Richers, 2007, Vaz Serra, 2003). Contrariamente, os homens encontram-se mais expostos a acontecimentos relacionados com agressões físicas, experiências de combate, ameaças com arma, cativeiro ou rapto (Vaz Serra, 2003).

O trauma pode alterar a concepção que o indivíduo tem do mundo e da realidade que o rodeia, fazendo com que cada um reaja de diferentes maneiras ao mesmo acontecimento. A forma como o indivíduo percebe essa realidade engloba vários aspectos como por exemplo, a personalidade, a imagem construída acerca de si mesmo, os valores, a história de vida e os conflitos, que por sua vez interferem no processo de integração de novos significados na sua estrutura cognitiva (Ballone, 2005; Peres, 2005; Peres 2007; Wilson, 2007). A estes aspectos alia-se o contexto cultural. O trauma e o contexto cultural encontram-se, assim, interligados na medida em que, por um lado as experiências traumáticas fazem parte do ciclo de vida de cada indivíduo, e por outro, o trauma é influenciado pela

cultura que prediz o significado e assimilação deste tipo de acontecimentos, as expectativas no que respeita à recuperação e às respostas da família, comunidade e sociedade em geral (Ballone 2005; Bond, 2007; Drozdek, 2007). Algumas investigações demonstram que maioria dos acontecimentos traumáticos destrói a compreensibilidade que as pessoas têm do mundo à sua volta, fazendo-as sentir-se mais vulneráveis, menos predizíveis, com menor auto-estima, surgindo emoções como o medo, ansiedade, stress, ira, raiva ressentimento ou bloqueio emocional. Para muitas vítimas de trauma, estas emoções tendem a esbater-se ao longo do tempo até desaparecer, ou manter-se a longo prazo, tornando-se crónicas (Drozdek, 2007; Esparza, 2001; Vaz Serra, 2003). Outros estudos acrescentam que as experiências dissociativas fazem parte do comportamento esperado depois da vivência de episódios traumáticos e da sua natureza, que, de forma semelhante, pode persistir ou desvanecer ao longo do tempo (Classen et al., 1993; Peres, 2005; Putman, 2001).

A forma como o indivíduo se percebe a si mesmo e como constrói os seus diálogos internos após o acontecimento traumático predizem resultados psicológicos mais ou menos positivos. A capacidade de lidar com o acontecimento traumático dependerá, em grande medida, de um conjunto de características individuais do sujeito, da gravidade do acontecimento traumático, das emoções que o acontecimento desperta no indivíduo e do suporte que este teve aquando o trauma. Em termos de saúde mental, alguns rituais culturais, determinadas práticas comunitárias e a medicina alternativa são muitas vezes formas de apoio social e emocional aceites pelos indivíduos que experienciaram acontecimentos traumáticos, e a base para consolidar aprendizagens e adquirir aptidões que o auxiliem na superação dos acontecimentos (Lemma & Ley, 2004; Moodley & West, 2005). Ao nível das características pessoais é importante diferenciar aquelas que surgiram na sequência de um acontecimento traumático durante a vida adulta, das que se prendem com os objectos relacionais em criança. Se a pessoa tiver recursos internos construídos desde a infância, mais facilmente supera um acontecimento traumático (Strum, Banset & Moro, 2007).

Neste sentido, depois da procura de um significado para o acontecimento traumático e depois de ultrapassar os obstáculos inerentes à experiência traumática, os indivíduos tendem a apreciar melhor os acontecimentos do dia-a-dia (ref. por Landsman, 2002; Vaz Serra, 2003).

População Reclusa

Quando um indivíduo chega à reclusão, de uma forma geral, já passou por outras experiências que o induziram a um percurso desviante. Estas experiências dizem respeito, em grande parte, a vivências de infância, tais como violência, que vêm a manifestar-se em actos ou percurso de delinquência na idade jovem adulta. Windom (2003), num dos seus estudos sobre crianças abusadas e negligenciadas na infância, revelou que as crianças que experienciam este tipo de violência correm um

risco maior de virem a ser detidas por um crime violento. Acrescenta que estas crianças, de um modo geral, são presas um anos antes, comparativamente com os seus pares que não sofreram qualquer tipo de violência, e encontram-se mais predispostas para se tornarem agressoras crónicas. Smith & Thornberry (1995), num dos seus estudos acerca desta problemática, revelaram que o abuso e a negligência sofridos na infância eram factores de risco da delinquência e que essa associação aumentava consoante a gravidade do abuso sofrido. Outros estudos acrescentam o facto de não serem apenas as crianças que foram vítimas directas de algum tipo de violência, mas também as que a testemunharam, que ficam mais vulneráveis para se tornarem agressores (ref. por Fonseca, Matos, & Simões, 2008).

Swanston e colaboradores (2003), num estudo longitudinal com 38 crianças vítimas de abuso sexual, mostraram que estas apresentavam mais comportamentos delinquentes na adolescência referidos pelas próprias, e mais agressividade avaliada pelos pais. De um modo geral, constata-se uma relação entre o abuso sexual na infância e a delinquência juvenil ou a criminalidade adulta, à qual se poderá juntar outras variáveis como o funcionamento familiar, a exposição a outras formas de abuso e a observação de violência na família ou na comunidade (Fonseca, Matos, & Simões, 2008).

Consensualmente definida como um mundo à parte, a prisão permite ao indivíduo desaprender de viver em sociedade, convidando-o a alhear-se da realidade (Cunha, 2003). A adaptação de cada recluso à prisão é vista como um processo globalizante e impessoal que assume contornos diferentes consoante as suas características individuais (Gonçalves, 1999). Este processo pode levar o indivíduo a desenvolver mecanismos de protecção e a vivenciar experiências de desconexão de emoções e sentimentos. A instituição como função punitiva estabelecida pela lei é, por si só, geradora de um tipo de stress potencialmente indutor de várias perturbações nos reclusos. Ao longo do processo adaptativo no cumprimento das suas penas, os reclusos apresentam algumas manifestações comportamentais ligadas a problemas que afectam a auto-estima e o humor, e associada a sintomatologia ansiosa, depressiva e dissociativa, bem como a amnésia dissociativa associada a acontecimentos traumáticos (Gonçalves, 2005; Gonçalves & Vieira, 1995). Durante os estados dissociativos, os indivíduos podem agir sem consciência e reagir a estímulos em determinadas situações que desencadeiem comportamentos graves. Estes comportamentos estão associados à população criminal que muitas vezes clamam o perdão por terem agido sem intenção (Mecload, Byrne, & Aitken, 2004). Ainda a este respeito parece certo que a população reclusa pode representar uma população de risco para as experiências dissociativas (Snow, Beckman, & Brack, 1996; Spitzer et al., 2003). Esta constatação é feita por um estudo que revela que 25% de uma população reclusa, maioritariamente masculina, obteve pontuações elevadas na Escala de Experiências Dissociativas (DES) (Spitzer et al., 2003; Snow, Beckman, & Brack, 1996). Para além das experiências dissociativas, a psicopatologia dissociativa está presente também em indivíduos que cometem determinado tipo de crimes, como os homicídios, as agressões sexuais, e a violência

interpessoal. A este respeito, há estudos que sugerem que, por exemplo, os agressores sexuais pontuam mais na DES do que sujeitos de grupos de controlo (Carlisle, 1991; Dweyr, Rosser, & Sawyer, 1992; Graham, 1993; Van Ijzendoorn & Schuengel, 1996). Há ainda estudos que mostram que a dissociação se encontra relacionada com a violência interpessoal, agressões sexuais e homicídios (Ellason & Ross, 1999; Lewis et al., 1997; Carlisle, 1991). Ao contrário, Spitzer (2003), num estudo sobre experiências dissociativas e distúrbios em pacientes forenses, mostra que não há relação específica entre a dissociação e diferentes tipos de crime. O próprio autor (2003) refere outro estudo que revela que a dissociação poderá ser importante na criminalidade, embora não haja uma associação clara entre a dissociação e determinados tipos de crimes. Em resumo, esta população está mais vulnerável à psicopatologia. No entanto, é também consensual que esta população tem mais tendência para simular sintomas de forma a justificar o passado criminal. É frequente encontrar simulação no desempenho de testes em pessoas que se encontram em situação de litígio. Ganhos secundários que podem incluir redução de penas fazem parte destes casos (ref. Simões, 2010). Estudos indicam que, no âmbito criminal, a simulação pode ligar-se à perda de memória (Stout & Farooque, 2008). A manifestação da perda de memória de um crime, para além de poder ser um problema dissociativo, pode estar relacionada com uma forma de ganhar simpatia perante a justiça ou com uma forma de demonstrar uma menor culpabilidade do mesmo. Se em muitos casos a perda de memória é genuína, surgem igualmente casos em que o sujeito se encontra a simular. Quando comparados com outros grupos, os reclusos obtêm desempenhos mais pobres e pontuações mais altas, revelando a presença de simulação (Cima, 2003; Simon, 1994; van Oorsouw & Merckelbock, 2010).

Quanto ao trauma e a sua relação com a delinquência há investigações que mostram que há uma relação entre o abuso implementado às crianças e o seu posterior comportamento criminal, associado maioritariamente aos homens e aos agressores violentos (Adshead, 1994; Rivera & Widom, 1990; Widom & Ames, 1994).

Objectivos

Em síntese, a literatura mostra que há uma relação entre a dissociação e o trauma na população reclusa. As investigações que estudámos apenas referem três tipos de crime, mas não os comparam. Os estudos não discriminam tipos de trauma, nem tipos de crime, nem se há alguma relação entre eles. Assim, são nossos objectivos: a) verificar se há diferença na dissociação pelos tipos de crime; b) verificar se há diferença na dissociação pela gravidade do crime; c) verificar se há diferença nos tipos de trauma consoante os tipos de crime e gravidade do crime; d) ver se há diferença nos sintomas psicopatológicos e tipo de crime; e finalmente e) verificar que tipos de experiências traumáticas se correlacionam com as experiências dissociativas e os sintomas psicopatológicos.

Materiais e Métodos

Amostra e Procedimentos

A presente investigação consiste num estudo transversal, descritivo-correlacional, por se tratar de um trabalho limitado no tempo.

A população-alvo deste estudo consiste em homens reclusos do Estabelecimento Prisional de Coimbra que foram seleccionados tendo em conta o tipo de crime pelo qual se encontravam detidos. Os reclusos foram recrutados, ou na consulta de Psicologia, ou no corredor entre os que aguardavam pelo atendimento no gabinete médico (serviço de enfermagem ou consulta médica), ou na ala prisional de referência. O recrutamento teve em conta a seguinte categoria criminal: *homicídio qualificado, homicídio simples, roubo, furto qualificado e furto simples*.

Na consulta de psicologia,¹ os instrumentos utilizados neste protocolo integraram a bateria de avaliação seleccionada previamente pela equipa do estabelecimento prisional. A inclusão destes instrumentos foi explicada a todos os sujeitos acompanhados em consulta, que concordaram com esta avaliação dupla (consulta e avaliação). No corredor, entre os que aguardavam pelo atendimento no gabinete médico, o contacto directo foi efectuado depois de saber o número mecanográfico e tipo de crime pelo qual se encontravam detidos. Esta informação foi obtida através do guarda responsável pelo corredor que cedeu os números dos indivíduos que ali se encontravam e posterior confirmação destes números por nós, numa listagem cedida pela secção de reclusos do Estabelecimento Prisional de Coimbra. O outro método de recrutamento, a chamada para a ala prisional de referência, foi feito tendo em conta a listagem de reclusos por crime. Seleccionados os números (segundo os crimes que interessavam para esta investigação) procedemos à sua chamada para a ala. Este foi o método que teve menos sucesso, uma vez que a maioria dos reclusos chamados não compareceu. Assim, dos reclusos contactados para participar neste estudo, dois contactados pela chamada para a ala recusaram-se a participar, e cerca de 15 não responderam à chamada. Todos os reclusos recrutados pelos outros dois métodos aceitaram participar nesta investigação. Todos os participantes foram voluntários e assinaram um termo de consentimento informado (Apêndice A).

A recolha da amostra foi realizada com periodicidade semanal, entre Março e Junho de 2010, num gabinete multifunções onde também se procedeu às consultas de psicologia. Embora os questionários utilizados pudessem ser auto-administrados (com a excepção do *Rey15 Item Test*), verificámos ser mais eficaz hetero administrá-lo, devido ao pouco empenho e motivação dos

¹ As avaliações decorreram no contexto do nosso estágio. Um dos objectivos do estágio era que procedêssemos à avaliação dos reclusos na consulta psicológica.

participantes em envolver-se no preenchimento de questionários e concomitantemente à possibilidade de ausência de respostas ou respostas erróneas.

Para evitar cansaço inicial e relutância em terminar a avaliação, começámos pelos questionários de mais rápido preenchimento, progredindo para os outros, respeitando a ordem seguinte: questionário demográfico, BSI - *Brief Symptom Inventory*, (Derogatis & Melisaratos, 1983; Canavarro, 1999), BDI - *Beck Depression Inventory* (Beck, 1961; Vaz Serra & Pio da Costa Abreu, 1973), TEC - *Traumatic Experiences Checklist* (Nijenhuis, Van der Hart e Vanderlinden, 2; Espírito-Santo et al., 2009), DES - *Dissociative Experiences Scale* (Bernstein e Putnam, 1986; Espírito Santo e Pio Abreu, 2009) e *Rey 15 Item Test* (Rey, 1964; Simões et al., 2010).

A amostra foi finalizada com um total de 33 reclusos do sexo masculino, 10 a cumprir pena por *homicídio qualificado*, 4 por *homicídio simples*, 8 por *roubo*, 8 por *furto qualificado* e 3 por *furto simples*. As características sociodemográficas da população estudada são apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1. *Características Sociodemográficas da Amostra de Reclusos que Cometeram Crimes Contra Pessoas (n = 14) e Contra o Património (n = 19).*

	Crimes contra pessoas				Crimes contra o património				Total				t/U	p
	M	DP	n	%	M	DP	n	%	M	DP	N	%		
Idade	41,5	10,9			33,1	8,62			37,8	10,0			78,0	0,04
Estado Civil														
Sozinho			12	85,7			18	94,7			30	90,9	—	—
Junto			2	14,3			1	5,3			3	9,1	—	—
Escolaridade														
1.º Ciclo			4	28,6			1	5,3			5	15,2	—	—
2.º Ciclo			3	21,4			7	36,8			10	30,3	—	—
3.º Ciclo			6	42,9			11	57,9			17	51,5	—	—
4.º Ciclo			1	7,1			0	0			1	3,0	—	—
Nível Socioeconómico														
Alto			2	14,3			2	11,8			4	12,1	—	—
Médio			10	71,4			11	64,7			21	63,6	—	—
Baixo			2	14,3			4	23,5			6	18,2	—	—
Área de Residência														
Urbana			8	57,1			15	78,9			23	69,7	—	—
Predominantemente Urbana			2	14,3			0	0			2	6,1	—	—
Rural			4	28,6			4	21,1			8	24,2	—	—
Residência														
Norte			3	21,4			7	36,8			10	30,3	—	—
Centro			8	57,1			7	36,8			15	45,5	—	—
Lisboa e Vale do Tejo			3	21,4			3	15,8			6	18,2	—	—
Sul			0	0			2	10,5			2	6,1	—	—

Notas: M = Média, DP = Desvio Padrão; p = nível de significância.

Esta amostra foi dividida em dois grupos: grupo de reclusos que cometeram crimes contra as pessoas (GPe) e grupo de reclusos que cometeram crimes contra o património (GPe).

No código penal português, os *crimes contra as pessoas* incluem crimes contra a vida, contra a integridade física, contra a liberdade pessoal, contra a liberdade e auto-determinação sexual, entre outros. Os *crimes contra o património* incluem o furto e o roubo, entre outros. Cada moldura penal está relacionada com o tipo de crime e a sua gravidade. No entanto, existem diferenças na aplicação das penas em Portugal, que decorre do número de crimes cometidos, do cadastro e diversidade de crimes. Para poder perceber melhor a relação das variáveis em estudo com a tipologia criminal, tivemos de criar um índice que reflectisse essa diversidade. Deste modo, criámos o índice de gravidade criminal que corresponde ao somatório da duração da pena, número de crimes cometidos e tipo de crime ponderado consoante a sua gravidade. Assim, nos *crimes contra as pessoas* atribuímos ponderação “2” e nos *crimes contra o património* ponderação “1”. Esta ponderação relaciona-se com a gravidade do crime, com a punição prevista na lei para cada tipo de crime², e com um pressuposto básico da Declaração Universal dos Direitos Humanos que refere que “todo o indivíduo tem direito à vida, liberdade e segurança pessoal” (artigo 3.º, da Declaração Universal dos Direitos do Homem, 1948).

A nossa amostra tem participantes com uma idade média de 42 anos, com uma idade mínima de 26 anos e uma idade máxima de 67 anos. Dos 33 reclusos participantes, 90,9% é solteiro, divorciado ou viúvo e 9,1% é casado ou vive em união de facto. Quanto à escolaridade, a maioria (n = 17) tinha o terceiro ciclo. Trata-se de reclusos que têm residência maioritariamente numa zona Urbana (69,7%), principalmente na Zona Centro. No que diz respeito ao nível socioeconómico desta amostra, destaca-se a classe média (63,6%).

Quanto à tipologia criminal, a maioria dos sujeitos cometeu homicídio qualificado (30,3%), seguido de roubo (24,2%) e do furto qualificado (24,2%).

² Segundo os números 1,2 e 3 do artigo 41º, da secção I do Capítulo II do Código Penal (Título III, Livro I), a pena de prisão tem a duração mínima de um mês e a duração máxima de vinte anos, sendo que o limite máximo da pena de prisão é de vinte e cinco anos, não podendo exceder este limite. O Livro II do código Penal inicia com os crimes contra as pessoas, referindo imediatamente o homicídio e o homicídio qualificado (artigo 131º e 132º, respectivamente). Para este crimes a moldura penal pode variar entre os oito e dezasseis anos e entre os doze e os vinte e cinco anos. A diferença na aplicação da moldura penal tem a ver com a circunstância do crime. Se a circunstância se revelar de especial censurabilidade ou perversidade é considerado homicídio qualificado, que é punível entre doze e vinte e cinco anos de reclusão. Se for provado homicídio simples, a pena de prisão centrar-se-á no intervalo dos oito aos dezasseis anos de prisão. Os crimes contra o património estão presentes no Livro II (Título II, Capítulo II) do Código Penal. Entre outros encontram-se neste capítulo a lei que regulamenta a penalização de furtos, furtos qualificados e roubos. A moldura penal do furto e furto qualificado varia entre uma pena de multa e pena de prisão até três anos, no que se refere ao primeiro, e pena de multa até 600 dias e pena de prisão até cinco anos ou pena de prisão de dois a oito anos, no que se refere ao segundo tipo de crime. A moldura penal do roubo situa-se entre um e oito anos. Se a vida da vítima for colocada em perigo ou existir ofensa à integridade física grave, a pena sobe para os três a quinze anos de prisão. Se resultar em morte, o agente é punido com pena de prisão de oito a dezasseis anos (artigo 210º do Código Penal).

Quadro 2. *Caracterização Criminal de Uma Amostra de Reclusos que Cometeram Crimes Contra Pessoas (n = 14) e Contra o Património (n = 19).*

	Crimes contra pessoas				Crimes contra o património				Total				t/U	p
	M	DP	n	%	M	DP	n	%	M	DP	N	%		
Tipo de Crime													-	-
Homicídio Qualificado			10	30,3									-	-
Homicídio Simples			4	12,1									-	-
Roubo							8	24,2					-	-
Furto Qualificado							8	24,2					-	-
Furto Simples							3	9,1					-	-
Número de Crimes	1,50	0,85	14		2,11	0,99	19		1,85	0,97	33		-	-
Meses cumpridos	81,0	47,0	14		69,8	40,7	19		74,6	43,2	33		-	-
Meses a cumprir	128,7	58,1	14		82,7	88,3	19		102,3	79,2	33		-	-
Condenações anteriores	0,21	0,43	14		1,11	1,88	19		0,73	1,51	33		-	-
Índice de gravidade criminal	7,21	1,25	14		5,36	1,06	19		6,15	1,46	33		-	-

Notas: M = Média, DP = Desvio Padrão; p = nível de significância.

Índice de gravidade criminal = somatório do “tipo de crime”, “número de crimes” e “duração da pena”

Instrumentos e Medidas

O *Brief Symptom Inventory* (BSI) (Anexo 1), (Derogatis & Melisaratos, 1983; Canavarro, 1999), é uma versão mais curta do SCL-R-90 (Derogatis, 1975, 1977). É composto por 53 itens que convergem em 9 dimensões de sintomatologia: somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóide e psicoticismo; e 3 índices globais: o índice geral de sintomas, o total de sintomas positivos e o índice de sintomas positivos (Derogatis & Melisaratos, 1983). Face às 53 afirmações, o indivíduo deverá responder tendo em conta a seguinte escala (tipo Likert): nunca (0), poucas vezes (1), algumas vezes (2), muitas vezes (3) ou muitíssimas vezes (4), referindo-se à frequência dos problemas que afectaram nos últimos 7 dias (Nobre et al, 2000). Trata-se de um questionário que pode ser administrado a doentes do foro psiquiátrico e a indivíduos da população em geral, com idade superior a 13 anos. Tem uma duração média de preenchimento que varia entre 8 e 10 minutos. O alfa de Cronbach variou nas subescalas entre 0,62 a 0,80 (Canavarro, 2007). No nosso estudo a consistência interna do instrumento é boa (alfa de Cronbach = 0,90).

O *Beck Depression Inventory* (BDI) (Anexo 2), é uma escala depressiva de auto-avaliação, cuja descrição foi inicialmente publicada por Beck e colaboradores em 1961 (versão portuguesa, Vaz Serra & Pio da Costa Abreu, 1973). É uma escala de auto-avaliação da depressão, constituído por 21 grupos de sintomas referentes ao comportamento geralmente manifestado por doentes com este quadro clínico. Cada grupo de sintomas envolve um determinado número de perguntas, cuja progressão parte do menos grave para o mais grave. Este inventário pretende avaliar a forma como o indivíduo se sente em relação a

determinados sintomas do quadro depressivo. Permite também avaliar diferentes sintomas do quadro de sintomas depressivos, sendo capaz de detectar os diferentes aspectos que um quadro depressivo pode apresentar. Pode ser administrada com um intervalo de 4 semanas para compreender a evolução dos sintomas. Cada grupo de sintomas tem 4, 5 ou 6 afirmações, pontuadas de 0 a 3. Esta pontuação permite identificar o diagnóstico do indivíduo, no final da administração. Os resultados cabem dentro das seguintes categorias: 0-9 (não deprimido), 10-20 (depressão leve) 10-17 (disforia) e 17-20 (Estados depressivos leves), 20-30 (depressão moderada) e superior a 30 (depressão severa) (Nobre et al., 2000). No nosso estudo, a consistência interna do instrumento é boa (alfa de Cronbach = 0,84).

A *Dissociative Experiences Scale (DES)* (Anexo 4), (Bernstein e Putnam, 1986; Espírito Santo e Pio Abreu, 2009) é um questionário de auto-resposta designado para medir experiências dissociativas em populações clínicas e não clínicas. Cada item requer que o inquirido faça um círculo à volta da sua resposta (percentagens de 0 a 100, em intervalos de 10%) na medida em que tenham tido experiências sugestivas de dissociação (Moskowitz, Barker-Collo, & Ellson, 2005). A versão portuguesa estabeleceu um ponto de corte de 30 e ficou constituída por quatro subescalas: *despersonalização/desrealização*, *absorção*, *distractibilidade* e *memória perturbada* (Espírito Santo & Pio Abreu, 2009). No nosso estudo a consistência interna do instrumento é boa (alfa de Cronbach = 0,95).

A *Traumatic Experiences Checklis (TEC)* (Anexo 3), (Nijenhuis, Van der Hart & Vanderlinden; Espírito-Santo et al., 2009) é um questionário que aborda 29 experiências traumáticas diferentes e que incluem a presença ou ausência da situação traumática (pontuando com 1 se há presença e 0 se há ausência); a idade do início da situação traumática (se teve início durante os primeiros 6 anos de vida ou numa idade posterior); a duração do trauma; e a duração que essas experiências tiveram na sua vida (num nível de gravidade de 1= nenhum a 5 = muitíssimo). A TEC avalia diferentes tipos de trauma como a negligência emocional, o abuso físico, a ameaça corporal, o assédio sexual e o abuso sexual, entre outros (Nijenhuis et al., 2002; Nijenhuis, van der Hart, Kruger, & Steele, 2004). O formato deste instrumento permite calcular a gravidade do trauma emocional, do trauma físico e do trauma sexual. A gravidade da área total do trauma pode variar entre os 0 e 13, e os 0 e 24, mediante cálculo total das experiências traumáticas. Também permite definir o contexto psicossocial em que o trauma ocorreu (família de origem, família afastada ou elementos externos à família) (Dom Wilde, Hulsttijn, & Sabbe, 2007; Nijenhuis et al., 2004). Na versão portuguesa, a pontuação média total das presenças traumáticas foi de $4,47 \pm 3,96$ (Espírito-Santo et al., 2009).

O *Rey-15 Item Test* (Rey, 1964; Simões et al., 2010) (Anexo 5) é um teste que avalia a simulação dos indivíduos. A simulação é definida como uma produção intencional de sintomas físicos e psicológicos falsos ou exagerados, motivados por incentivos externos como evitar a obrigação militar, evitar o trabalho, obter compensações monetárias evadir-se de acusações criminais ou adquirir narcóticos

(DSM-IV-TR; APA, 2002). Este teste é composto por duas páginas: evocação e reconhecimento. A página da evocação é composta por 15 itens (letras, números e símbolos) organizados em três colunas com cinco linhas cada uma. Ao ser administrada é explicado ao indivíduo que se vai mostrar um conjunto de itens durante 10 segundos para que possa memorizá-los e para que seguidamente possa reproduzi-los de forma imediata numa folha de papel branca assim que é retirada a folha de estímulo (Martin, 2002). A página do reconhecimento contém os 15 itens da página de estimulação original, intercalados com mais 15 itens semelhantes. Relativamente a esta, a tarefa solicitada é reconhecer, dos 30 itens apresentados, os 15 originais (Boone et al, 2002). A particularidade deste teste é, que é apresentado como uma tarefa de difícil realização, quando na verdade se trata de uma tarefa muito simples (Boone et al, 2002; Simões et al, 2010). O *Rey-15 Item Test* assenta numa base estratégica para a detecção da simulação, partindo da assunção que o simulador ingénuo vai ser enganado e exagerar a sua tarefa, escolhendo uma execução pobre para uma tarefa simples (Boone et al, 2002). Os pontos de corte representativos e indicados mais comumente pela literatura dizem respeito a < 9 para o ensaio de evocação imediata e < 20 para o resultado combinado do ensaio de reconhecimento. O resultado combinado do reconhecimento é igual ao número de itens correctamente evocados + (número de itens correctamente reconhecidos – número de falsos positivos) (Simões et al., 2010).

Análise Estatística

A análise estatística foi efectuada através do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 1.7). Na nossa investigação, as variáveis foram as *experiências dissociativas* medidas pela DES, as *experiências traumáticas* medidas pela TEC e os *sintomas psicopatológicos* medidos pelo BSI e pelo BDI. Relativamente à DES incluímos os seus quatro factores nas análises: a *despersonalização*, a *absorção*, a *distractibilidade* e a *memória perturbada*. No que concerne à TEC, abrangemos o *total das presenças*, a *gravidade do trauma* (sem ameaça corporal, com ameaça corporal, emocional, sexual e abuso físico). No BDI utilizámos o *IGS*. Para a decisão estatística computámos o teste Kolmogorov-Smirnov para estudar a normalidade das distribuições.

Comparámos dos dois grupos de reclusos (GPe e GPa) através das pontuações médias das experiências dissociativas, traumáticas e dos sintomas psicopatológicos. Para o efeito utilizámos o teste *t* de Student para duas amostras independentes³ ou o teste *U* de Mann-Whitney⁴, consoante a normalidade na distribuição das pontuações. Utilizámos o teste *t* de Student⁵ para uma amostra para avaliar a

³ O teste *t* é usado para comparar médias de uma variável quantitativa em dois grupos diferentes. Quando as amostras são de dimensão inferior ou igual a 30, que é o nosso caso, é exigido que as distribuições sejam normais (Pestana & Gageiro, 2008).

⁴ O teste de Mann-Whitney compara o centro de localização de duas amostras e é preferível ao teste *t* quando há violação da normalidade, ou quando a dimensão das amostras é diferente, ou ainda quando as variáveis são de nível pelo menos ordinal (Pestana & Gageiro, 2008).

⁵ O teste *t* é usado para testar se uma amostra provém de um universo com uma dada média (Pestana e Gageiro, 2008).

existência de diferenças estatisticamente significativas entre as pontuações médias dos questionários que aplicámos na nossa amostra e as médias obtidas nos estudos de validação dos mesmos questionários para uma amostra não-clínica (DES, $M \pm DP = 10,02 \pm 6,50$; Espírito Santo & Pio Abreu, 2009; TEC $M \pm DP = 2,06 \pm 2,57$, Espírito-Santo et al., 2009; BDI, $M \pm DP = 8,50 \pm 4,95$; Vaz Serra & Pio da Costa Abreu, 1973; BSI, $M \pm DP = 0,68 \pm 0,68$ Canavarro, 2007).

No Quadro 3 podemos observar as pontuações médias e desvios-padrão das várias medidas utilizadas na nossa amostra.

Quadro 3. *Diferenças nas Pontuações Médias dos dois grupos de crimes (Contra Pessoas = 14, Contra o Património = 19) nos Totais e em Subescalas do Traumatic Experiences Checklist (TEC), no Total e nos Factores da Dissociative Experiences Scale (DES), no total do Beck Depression Inventory (BDI) e no total e cada sintoma do Brief Symptom Inventory (BSI) (N = 33).*

	Crimes contra pessoas		Crimes contra o património		Total		<i>t / U</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
DES Total	20,80	18,9	13,7	10,10	16,70	14,6	109,50	0,39
Absorção	32,20	23,3	20,9	17,10	25,70	20,5	95,50	0,17
Despersonalização	13,50	17,9	8,12	11,40	10,40	14,5	111,00	0,42
Distractibilidade	21,90	17,9	8,12	11,40	10,40	14,5	1,23	0,23
Memória perturbada	15,2	17,3	8,50	8,650	11,40	13,2	107,50	0,35
TEC								
Total de Presenças Traumáticas	3,09	2,21	3,82	2,78	3,53	2,56	0,94	0,36
Gravidade do Trauma								
Sem ameaça Corporal	3,07	3,33	4,47	7,96	3,87	6,38	124,50	0,74
Com ameaça Corporal	3,64	4,14	5,05	8,34	4,45	6,83	125,00	0,76
Emocional	1,42	1,95	2,95	6,02	2,30	4,75	126,50	0,78
Sexual	0,28	1,07	0,58	1,07	0,45	1,06	110,00	0,21
Abuso físico	1,36	2,31	0,95	2,12	1,12	2,17	117,00	0,46
Rey 15 (pontuação combinada)	25,6	3,50	24,8	4,42	25,15	4,02	123,00	0,71
Rey 15 evocação	12,36	2,53	11,47	3,06	11,85	2,84	110,50	0,41
Rey 15 reconhecimento	14,00	1,62	13,63	1,71	13,79	1,65	109,50	0,36
BSI (IGS)	1,01	0,45	1,01	0,49	1,01	0,47	0,04	0,97
Somatização	0,61	0,50	0,80	0,67	0,72	0,63	113,00	0,46
Sensibilidade Interpessoal	1,04	0,47	1,05	0,56	1,04	0,51	0,07	0,95
Ansiedade	1,08	0,54	1,02	0,52	1,05	0,52	0,36	0,73
Fobia	0,63	0,84	0,43	0,47	0,52	0,65	127,50	0,84
Psicoticismo	0,73	0,58	0,98	0,58	0,87	0,58	1,21	0,24
Obsessões	0,85	0,50	1,00	0,63	0,93	0,58	0,76	0,46
Depressão	1,04	0,89	1,30	0,86	1,19	0,87	106,00	0,32
Hostilidade	1,10	1,03	0,85	0,72	0,96	0,86	124,00	0,74
Paranóia	1,94	0,61	1,39	0,59	1,62	0,65	2,61	0,01
BDI	14,00	8,86	19,42	9,59	17,3	9,50	1,53	0,14

Três sujeitos que cometeram crimes contra o património e um que cometeu crimes contra as pessoas mostraram que simulam. Fizemos então os mesmos cálculos, mas sem esses sujeitos, que apresentamos no Quadro 4.

Quadro 4. *Diferenças nas Pontuações Médias dos Dois Grupos de Crimes Sem Sujeitos Simuladores (Contra Pessoas =13, Contra o Património =16) nos Totais e em Subescalas do Traumatic Experiences Checklist (TEC), no Total e nos Factores da Dissociative Experiences Scale (DES), no total do Beck Depression Inventory (BDI) e no total e cada sintoma do Brief Symptom Inventory (BSI) (N = 29).*

	Crimes contra pessoas		Crimes contra o património		Total		<i>t</i> / <i>U</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
DES Total	21,21	19,62	14,15	10,48	17,32	15,38	88,00	0,48
Absorção	32,75	24,19	21,61	17,56	26,60	21,15	76,00	0,22
Despersonalização	13,85	18,57	8,84	12,10	11,08	15,25	90,00	0,54
Distractibilidade	22,20	23,26	14,82	10,90	18,13	17,59	1,26	0,22
Memória perturbada	15,39	18,02	8,96	9,21	11,84	13,97	88,00	0,48
TEC								
Total de Presenças Traumáticas	6,30	3,30	8,07	3,95	7,36	3,74	1,17	0,26
Gravidade do Trauma								
Sem ameaça Corporal	3,31	3,35	5,25	8,48	4,37	6,66	101,00	0,89
Com ameaça Corporal	3,77	4,28	5,63	8,97	4,79	7,20	101,00	0,89
Emocional	1,54	1,98	3,50	6,44	2,62	4,99	94,00	0,58
Sexual	0,31	1,11	0,63	1,15	0,48	1,12	98,50	0,65
Abuso físico	1,46	2,37	1,13	2,28	1,28	2,28	93,50	0,57
Rey 15 (pontuação combinada)	26,23	2,83	26,19	3,10	26,21	2,93	102,50	0,95
Rey 15 evocação	12,85	1,82	12,19	2,54	12,48	2,23	92,00	0,59
Rey 15 reconhecimento	14,15	1,57	14,13	1,31	14,14	1,41	91,00	0,52
BSI (IGS)	1,03	0,46	1,02	0,43	1,02	0,44	0,09	0,93
Somatização	0,59	0,51	0,81	0,59	0,71	0,56	81,50	0,32
Sensibilidade Interpessoal	1,04	0,49	1,08	0,53	1,06	0,50	0,23	0,82
Ansiedade	1,05	0,55	1,06	0,53	1,06	0,53	0,57	0,97
Fobia	0,68	0,85	0,41	0,43	0,53	0,66	102,50	0,95
Psicoticismo	0,77	0,58	0,96	0,59	0,88	0,58	0,86	0,40
Obsessões	0,87	0,51	1,02	0,60	0,95	0,56	0,71	0,49
Depressão	1,11	0,89	1,28	0,75	1,20	0,81	87,50	0,47
Hostilidade	1,11	1,67	0,78	0,65	0,92	0,86	94,00	0,66
Paranóia	1,95	0,64	1,41	0,61	1,66	0,67	2,32	0,02
BDI	14,00	9,18	19,50	9,15	17,14	9,41	1,20	0,25

A pontuação média da DES é de $17,32 \pm 15,38$, em que o factor *absorção* é o mais elevado ($M \pm DP = 26,60 \pm 21,16$). A média da DES é superior em 7,30 pontos, em relação à média do estudo português com uma amostra não-clínica (IC 95% entre 1,44 e 13,15; $t = 2,55$; $gl = 28$; $p = 0,02$). O factor *absorção* apresenta uma pontuação média superior em relação à média portuguesa, com uma diferença de 9,51

pontos (IC 95% entre 1,46 e 17,56; $t = 2,42$; $gl = 28$; $p = 0,02$). Relativamente à amostra em estudo não há diferenças estatisticamente significativas, nem na DES total, nem nas subescalas da DES. Da comparação de cada grupo com as médias portuguesas, não verificámos diferenças. Também não há diferença na pontuação total da DES, nem nas subescalas entre os dois grupos (Quadro 4).

A pontuação média do *total das presenças* da TEC é de $7,36 \pm 3,74$, e é superior em 5,30 aos valores do estudo português para uma amostra não-clínica ($t = 7,09$; $p = 0,00$; $gl = 24$; IC 95% entre 3,76 e 6,84). Nesta amostra, destaca-se a média da *gravidade do trauma com e sem ameaça corporal* ($M \pm DP = 4,79 \pm 7,20$; $M \pm DP = 4,38 \pm 6,66$). Quando comparamos as pontuações dos dois grupos com os valores de referência portugueses ambos têm pontuações significativamente superiores (GPa $t = 5,88$; $p < 0,01$; $gl = 14$; IC entre 3,82 e 8,20; GPe $t = 4,06$; $p < 0,01$; $gl = 9$; IC entre 1,88 e 6,60). Adicionalmente analisámos a gravidade das experiências traumáticas por período desenvolvimental. Não encontrámos diferenças quando comparámos estes valores com os valores da validação portuguesa. Não há diferenças significativas entre os dois grupos (Quadro 4).

A média do total da amostra do BDI é de $17,14 \pm 9,41$. A pontuação média do BDI nesta amostra é superior à média do estudo português com uma amostra não-clínica. A diferença de médias no BDI é de 8,64 pontos ($t = 4,86$; $p = 0,00$; $gl = 27$; IC 95% entre 4,99 e 12,29). Da comparação com as médias portuguesas, só o GPa se distinguem de forma significativa. No entanto, não se verificam diferenças significativas nas pontuações entre os grupos (Quadro 4).

No BSI, a média total da *gravidade sintomatológica* é de 1,02 ($DP = 0,44$). O sintoma *paranóia* tem a pontuação mais elevada ($M \pm DP = 1,66 \pm 0,67$). A média da *gravidade sintomatológica* é significativamente superior em 0,34 pontos em relação à média portuguesa ($t = 4,23$; $p = 0,00$; $gl = 28$; IC 95% entre 0,18 e 0,51). Quando analisamos as pontuações médias de cada grupo com as médias portuguesas, ambos os grupos apresentam valores superiores com destaque para o GPa. Os dois grupos não se distinguiram nas pontuações do BSI, excepto nos sintomas paranóides em que os reclusos que cometeram crimes contra as pessoas têm pontuações mais elevadas ($t = 2,32$; $p < 0,05$) (Quadro 4). Quando eliminamos os quatro sujeitos que apresentam valores indicativos de simulação, verificámos que as diferenças significativas se reportam ao número de presenças traumáticas (grupo de crimes contra o património $t = 4,73$; $p < 0,001$; grupo de crimes contra as pessoas ($t = 5,71$; $p < 0,001$).

Utilizámos o Ró de Spearman⁶ para medir a intensidade das relações entre as variáveis em estudo, através do quadro das correlações. A relação entre a Dissociação, o Trauma e os sintomas psicopatológicos é apresentada no Quadro 5.

⁶ Considerámos como correlações baixas as que se situavam entre 0,20 e 0,39; moderadas entre 0,40 e 0,69; altas entre 0,70 e 0,89 e muito altas entre 0,90 e 1 (Pestana & Gageiro, 2008).

Quadro 5. *Correlações entre as Experiências Traumáticas (TEC e Subescalas), Experiências Dissociativas (DES e Factores) Simulação (Rey 15 Item Test) e Sintomas Psicopatológicos (BDI e BSI) em Reclusos do Estabelecimento Prisional de Coimbra (n =33).*

Variáveis	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
1.DES	—	0,88**	0,92**	0,89**	0,78**	0,45*	0,39*	0,33	0,37*	0,51**	0,43*	0,70**	0,48**	0,55**	0,44**	0,46**	0,45*	0,29	0,44*	0,05	0,43*	0,45*
2.Dsp		—	0,74**	0,74**	0,64**	0,36*	0,38*	0,28	0,37*	0,38*	0,46**	0,66**	0,44*	0,52**	0,31	0,43*	0,53**	0,38*	0,49**	0,11	0,56**	0,57**
3.Abs			—	0,75**	0,70**	0,27	0,35*	0,13	0,34	0,51**	0,33	0,63**	0,28	0,43*	0,52**	0,41*	0,34	0,25	0,39*	0,02	0,35*	0,35*
4.Dst				—	0,68**	0,50**	0,29	0,47**	0,26	0,52**	0,35*	0,56**	0,52**	0,49**	0,43*	0,46**	0,43*	0,23	0,37*	0,10	0,35*	0,42*
5.Mpt					—	0,57**	0,53**	0,46**	0,25	0,41*	0,49**	0,59**	0,42*	0,60**	0,30	0,49*	0,05	0,21	0,19	0,71	0,31	0,34
6.BDI						—	0,34	0,49**	0,32	0,37*	0,35	0,50**	0,54**	0,67**	0,06	0,24	0,29	0,20	0,10	0,25	0,18	0,24
7.IGS							—	0,46**	0,48**	0,45**	0,71**	0,52**	0,27	0,61**	0,36*	0,42*	0,33	0,24	0,34	0,12	0,29	0,26
8.Sm								—	0,14	0,52**	0,44*	0,37*	0,37*	0,45**	0,09	0,31	0,31	0,01	0,07	0,00	0,01	0,07
9.SI									—	0,36*	0,27	0,60**	0,32	0,47**	0,14	0,28	0,11	0,32	0,12	0,26	0,32	0,31
10.Ad										—	0,31	0,53**	0,37*	0,49**	0,66**	0,52**	0,31	0,19	0,30	0,00	0,20	0,26
11.Fb											—	0,51**	0,51**	0,70**	0,20	0,32	0,27	0,08	0,27	0,01	0,22	0,25
12.PT												—	0,50**	0,69**	0,28	0,40*	0,47*	0,34	0,20	0,35*	0,45**	0,38*
13.Ob													—	0,66**	0,17	0,23	0,27	0,19	0,14	0,24	0,28	0,33
14.Dp														—	0,30	0,31	0,57**	0,33	0,07	0,28	0,35*	0,38*
15.Ht															—	0,51**	0,38*	0,03	0,28	0,20	0,13	0,16
16.Pn																—	0,35	0,21	0,32	0,18	0,27	0,24
17. TEC Total																	—	0,60**	0,48**	0,26	0,65**	0,64**
18.G.T.E																		—	0,46**	0,34	0,89**	0,84**
19.G.A.F.																			—	-0,19	0,67**	0,65**
20.G.A.S.																				—	0,38*	0,34
21.T.T.S.A.C.																					—	0,96**
22.T.T.C.A.C.																						—

Notas: Dsp= Despersonalização; Abs = Absorção; Dst = Distractibilidade; Mpt = memória Perturbada; Sm = Somatização; SI= Sensibilidade Interpessoal; Ad =Ansiedade; Fb = Fobia; PT = Psicoticismo; Ob = Obsessão; Dp = Depressão; Ht = Hostilidade; Pn = Paranóia; G.T.E. = Gravidade do trauma emocional; G.A.F.= Gravidade do abuso físico; G.A.S. = Gravidade do abuso sexual; T.T.S.A.C. = Trauma total sem ameaça corporal; T.T.C.A.C. = Trauma total com ameaça corporal.

* Correlações significativas ao nível 0,05.

** Correlações significativas ao nível 0,01.

Constatamos que a dissociação e alguns factores das DES se relacionam com o trauma. Aspectos do trauma como a gravidade do abuso físico, trauma total com e sem ameaça corporal, também se encontram relacionados com a dissociação. A dissociação relaciona-se ainda com os sintomas depressivos, com a gravidade sintomatológica e com todos os sintomas psicopatológicos à excepção da somatização. O trauma também se relaciona com alguns sintomas da medida de avaliação psicopatológica, nomeadamente com a obsessão, depressão e hostilidade. Todas as correlações variam de baixas a altas.

Discussão

Descritivas

Desde 2003 que se observa uma diminuição do número de reclusos/as nos Estabelecimentos Prisionais Portugueses. Essa diferença é menos significativa quando nos referimos aos homens (21,2%). Em 2008, a população reclusa dos estabelecimentos comuns e militares era de cerca de 120.000 homens (INE, 2010). Segundo dados do INE (2010), em 2008, existia uma superioridade criminal dos homens em detrimento das mulheres, quer nos crimes contra as pessoas, quer nos crimes contra o património, tendo sido identificados pela PSP e pela GNR, 76.338 crimes contra as pessoas e 62.758 crimes contra o património. Através de uma pesquisa realizada no Estabelecimento Prisional de Coimbra para conhecer os tipos de crimes pelos quais a população daquele estabelecimento se encontrava detida, constatámos dois grandes grupos de crimes: contra as pessoas (GPe) e contra o património (GPa). Contrariamente às estatísticas nacionais, a nossa amostra verificou um maior número de participantes que cometeram crimes contra o património ($n = 19$) em detrimento dos que cometeram crimes contra as pessoas ($n = 14$). Apesar dos sujeitos da nossa amostra assumirem o crime pelo qual se encontram detidos, preenchendo voluntariamente a folha de caracterização do recluso pertencente ao protocolo administrado, é possível que no sistema judicial um arguido se tente desculpabilizar da sua responsabilidade criminal, alegando um estado dissociativo. Muitos afirmam: “eu não estava em mim”, “fiquei cego”, ou “nem sabia o que estava a fazer”. Contudo, as evidências de que a dissociação não é um fenómeno unitário e que os sintomas dissociativos podem ter diferentes causas não são suficientes para desresponsabilizar um indivíduo da sua ilicitude criminal. Para além de que são necessárias outras informações científicas para provar que há dissociação (ref. por Mcload, Byrne, & Aitken). Para efeitos de lei e penalização do crime, esta é uma questão mais informativa do que conclusiva para a determinação da culpa (McSherry, 1998; Yeo, 2002). Ainda assim, é consensual que a população reclusa representa uma população de risco nas experiências dissociativas, apresentando pontuações elevadas quando avaliada pela DES (Ross, 1996; Snow, Beckem, & Brack, 1996). O nosso estudo é coincidente com esta conclusão ao apresentar uma média superior em relação ao estudo português com uma amostra não-clínica. O factor da DES que se destaca na nossa amostra é a *absorção*. O factor *absorção* consiste numa concentração focada e intensa, e envolvimento cognitivo em um ou mais aspectos do conhecimento consciente (Tellegen & Atkinson, 1974). A *absorção* refere-se à experiência de se ficar envolvido nos eventos internos, como pensamentos e imagens, (Waller et al., 1996). Na população que estudámos, parece-nos compreensível que este factor se destaque. Todos os participantes deste estudo já se encontram a cumprir pena de prisão há alguns anos, uma vez aceite a sua condição de recluso, é expectável que se concentrem nos aspectos considerados por si menos negativos e se desliguem dos factores mais difíceis e constrangedores para se manterem mais

estáveis ao nível comportamental. São alguns exemplos destes factores constrangedores, a duração da pena, alguns relacionamentos conflituosos, a frustração de não conseguir determinada ocupação, entre outros.

No que diz respeito ao trauma, no nosso estudo verificamos que os reclusos têm, em média, mais experiências traumáticas do que a média da população normal. Nestas experiências destacam-se as experiências traumáticas sem ameaça corporal e o abuso físico. Os valores relativos à sintomatologia traumática evidenciam-se, quer no GPe, quer no GPa. Apesar de a investigação indicar que as crianças vítimas de violência, abuso ou negligência na infância correm um maior risco de virem a ser detidas por um crime violento (Windom, 2003; Smith & Thornberry 1995), no nosso estudo não encontramos valores significativamente superiores às médias portuguesas. De facto, o nosso estudo não confirma o achado de outras investigações que mostram mais negligência, trauma emocional e trauma sexual na infância (Adshead, 1994; Spitzer, 2003; Widom & Ames, 1994; Windom, 2003). Estes autores vão mais além e confirmam que uma infância com abuso produzirá um posterior comportamento criminal.

Relativamente à sintomatologia depressiva, a nossa amostra apresenta pontuações médias superiores aos valores portugueses para uma amostra não-clínica, destacando-se os valores do GPa. O mesmo se verifica em relação à gravidade sintomatológica, em que os resultados são significativamente superiores aos valores do estudo português para uma amostra não-clínica. Os sintomas que se destacam na nossa amostra acima do ponto de corte para a população portuguesa são os sintomas ansiosos, hostis e paranóides. Ambos os grupos (GPa e GPe) apresentam diferenças significativamente superiores no total da gravidade sintomatológica. Estes resultados não surpreendem em face à sua condição de reclusão, nem em face a outras investigações. Koenig, Johnson, Bellard, Denker e Felton (1995) indicam num estudo acerca da depressão e ansiedade em reclusos mais velhos, a presença de sintomas depressivos e ansiosos que se encontram relacionados com uma história psiquiátrica existente, com o abuso de substâncias, com uma pena longa, com uma saúde física debilitada, entre outros. Outra investigação indica que os reclusos obtêm uma pontuação média no BDI quando são avaliados à chegada ao Estabelecimento Prisional. Todavia, estes resultados revelam-se inferiores aos que se encontram há mais tempo detidos. Estes reclusos referem entre outros, sintomas cognitivos, vegetativos e emocionais (Boothby & Durham, 1999).

Ainda a respeito dos sintomas psicopatológicos, um estudo que analisa a incidência da ideação suicida e de perturbação emocional numa amostra de 66 reclusos durante a primeira semana de reclusão e após seis meses de cumprimento de pena, mostra que, ao contrário da ideação suicida que se mantém estável durante este tempo, a incidência da perturbação emocional diminui significativamente no mesmo período de tempo (Moreira & Gonçalves, 2010). Apesar de não termos dados indicativos da avaliação dos sintomas psicopatológicos desta amostra nos seus primeiros seis meses de reclusão, os nossos dados

mostram que os sintomas não são significativos com excepção da paranóia. Este sintoma pode ser facilmente explicado pela constante desconfiança no relacionamento entre reclusos e pela busca contínua de “segundas intenções” da parte do seu interlocutor. Muitos referem: “ não confio em ninguém, só posso confiar em mim”; “aqui dentro não há amigos”. Apesar de no nosso estudo a paranóia ser o sintoma significativo na nossa amostra, no decorrer do preenchimento do instrumento que avalia a sintomatologia psicopatológica, os reclusos referiram algumas razões que, segundo eles, os faz, por vezes, ter presente outros sintomas para além deste. Algumas razões evocadas prendem-se com o tempo de pena cumprido, o número de anos que ainda faltam cumprir ou o facto de estarem a terminar a pena. A estabilização ou destabilização emocional pode ainda estar relacionada com o desconhecimento do cúmulo jurídico da sua pena, a relação com a família, amigos e namorada/companheira/esposa, a relação com os guardas e companheiros de encarceramento, a situação de saúde, a existência de patologia, entre outros aspectos que não avaliámos. A eminência da saída do Estabelecimento Prisional e o receio que a maioria afirma ter do “mundo lá fora” podem contribuir igualmente para a alteração da sua condição emocional.

Diferenças

No que diz respeito à manifestação de experiências dissociativas por tipo de crime, os estudos referem que a psicopatologia dissociativa está presente em indivíduos que cometem determinado tipo de crimes, como os homicídios, as agressões sexuais, e a violência interpessoal e sugerem que, por exemplo, os agressores sexuais pontuam mais na DES do que sujeitos de grupos de controlo (Carlisle, 1991; Dweyr, Rosser, & Sawyer, 1992; Graham, 1993; Van Ijzendoorn & Schuengel, 1996). O nosso estudo não aborda agressores sexuais, no entanto, no que diz respeito aos homicidas quando comparados com os reclusos que cometeram crimes contra o património, não apresentam diferenças significativas. Também a este respeito, Mcload, Byrne & Aitken (2004) não observaram diferenças significativas na pontuação da DES entre reclusos que cometeram crimes violentos e crimes não-violentos. Apesar disto, os autores encontraram pontuações mais elevadas nesta população do que na população em geral. O nosso estudo apresenta resultados semelhantes. Independentemente da gravidade do crime, a nossa amostra dissocia mais do que a população em geral. A este respeito, Spitzer (2003), num estudo sobre experiências dissociativas e distúrbios em pacientes forenses, mostra também que não há relação específica entre a dissociação e os diferentes tipos de crime.

No que diz respeito ao trauma, o nosso estudo mostra que não há diferenças entre os grupos (GPe e Gpa). Também não há diferenças nos sintomas depressivos.

Finalmente, quando comparamos os grupos ao nível da gravidade sintomatológica, a nossa amostra não revelou diferenças significativas entre os dois grupos (GPe e GPa). O mesmo se passa com

os sintomas psicopatológicos, à excepção da sintomatologia paranóide em que os sujeitos do GPe têm pontuação mais elevada.

Correlações

O nosso estudo aponta também para uma relação entre a dissociação e o trauma, indo ao encontro de outras investigações já realizadas (Cardena, 1994; Nilsson & Svedin, 2006; Ross, 1989). Os estudos mostram evidências de que pontuações elevadas de dissociação estão relacionadas com uma variedade de experiências individuais abusivas ou traumáticas (Taboas, Canino, Wang, Gracia & Bravo 2006). Quando um indivíduo é exposto repetidamente a experiências abusivas ou traumáticas, são activados mecanismos dissociativos para reduzir emoções aversivas. Boon & Draijer (1993) e Waller e colaboradores (2000) mostram uma relação directa entre a dissociação e o abuso sexual sofrido. Esta associação não foi verificada no nosso estudo (mas pode ter acontecido que as experiências traumáticas tenham sido subreportadas). Destacam-se, contudo, outras relações como o trauma total e os factores da DES, *despersonalização* e *distractibilidade*. Para além do trauma total, há evidências de correlação entre a dissociação e a gravidade do abuso físico, o trauma sem ameaça corporal e com ameaça corporal. Estes últimos (trauma total com ameaça corporal e sem ameaça corporal) também mostram uma relação moderada com o factor *despersonalização*. Algumas investigações mostram que as experiências dissociativas fazem parte do comportamento esperado depois da vivência de episódios traumáticos (Classen et al., 1993; Peres, 2005; Putman, 2001). Mcload, Byrne e Aitken (2004) afirmam que se a dissociação é uma defesa ao nível psicológico, então altos níveis de dissociação podem ser associados a baixos níveis de afecto negativo. De facto, no nosso estudo, os reclusos apresentam níveis de dissociação mais altos do que a média da validação portuguesa e níveis sintomatológicos que não se sobrepõem à média portuguesa (excepto os sintomas paranóides).

A dissociação apresenta ainda uma relação significativa com alguns sintomas psicopatológicos, dos quais se destacam, com associação moderada, a relação com os sintomas de ansiedade, obsessão, depressão, hostilidade e paranóia, e, com uma associação alta, com o sintoma de psicoticismo. O factor *distractibilidade* também se correlaciona moderadamente com o sintoma paranóia. Investigações realizadas anteriormente apontam para resultados similares: uma relação entre dissociação e sintomas psicopatológicos, tais como o sofrimento emocional geral (Grabe et al., 1999; Walker et al., 1992), os sintomas de ansiedade e depressão (Baker et al., 2003), a hostilidade, (Norton et al., 1990), o psicoticismo (Allen et al., 1996; Kennedy et al., 2004; Merckelbach et al., 2000; Moskowitz et al., 2005; Spitzer et al., 2006b), e a ideação paranóide (Moskowitz et al., 2005).

No nosso estudo, destaca-se uma relação, ainda que baixa do trauma com os sintomas de hostilidade, e uma relação moderada do trauma com os sintomas de psicoticismo e depressão. No

contexto de experiências traumáticas e negligentes na infância, conforme demonstram diversas investigações (Spitzer et al., 2003; Windom, 2003), é compreensível que surja sintomatologia desta índole. A depressão e o psicoticismo são reacções emocionais frequentes na revivência de experiências traumáticas (Moskowitz et al., 2005). Ora, a situação de reclusão numa cadeia propicia situações de violência, negligência e abuso que podem remeter um recluso para situações traumáticas do passado [ainda que não tenhamos observado pontuação elevada na despersonalização que é um sintoma associado ao stress pós-traumático (American Psychiatric Association, 2000)].

Uma característica inerente a esta população é a simulação. A fim de controlarmos o viés da simulação, utilizámos um instrumento que nos permitiu perceber se entre a nossa amostra havia ou não sujeitos simuladores. Curiosamente e contrariamente ao que seria de esperar, somente quatro reclusos mostram valores indicativos de simulação. Todos os resultados apresentados não tiveram em conta os sujeitos simuladores.

Conclusão

Na intervenção clínica na comunidade prisional, é importante saber quais os reclusos que mais dissociam porque, tal como referimos, os indivíduos que mais dissociam são os que têm mais probabilidade de se envolver em violência física (Irwin, 1998; Kaplan et al., 1998; Quimby, & Pulliam, 1991; Simoneti, Scott, & Murphy, 2000) e são também os que têm mais dificuldades em perceber e responder adequadamente às intervenções terapêuticas (Spitzer et al., 2000). O nosso estudo contribui para a compreensão da relação entre trauma e delinquência. Conhecendo a relação entre trauma e dissociação, e entre trauma e os sintomas de obsessão, depressão e hostilidade, podemos colocar a hipótese de que a dissociação, a obsessão, a depressão e a hostilidade fazem a ligação entre as experiências traumáticas e a delinquência. Em suporte desta ideia, temos a associação entre dissociação e agressão (Irwin, 1998; Kaplan et al., 1998; Quimby, & Pulliam, 1991; Simoneti, Scott, & Murphy, 2000), entre depressão e agressão (Bergman & Brismar, 1994; Feinberg, Button, Neiderhiser, Reiss, & Hetherington, 2007) e entre obsessões e agressão (ainda que latente) (Moritz, Kempke, Luyten, Randjbar, & Jelinek, 2010). A hipótese alternativa é de que a dissociação e a delinquência não estejam associadas e se originem independentemente da vivência de experiências traumáticas (Spitzer, 2003).

Os nossos resultados, no entanto, devem ser lidos tendo em conta um conjunto de limitações. Uma das limitações é a dimensão da amostra. Esta limitação prende-se essencialmente com dois factores: a resistência da população estudada em participar em projectos de investigação e a nossa limitação de tempo para administrar o protocolo. Outra limitação é o facto de a amostra incluir apenas homens. Apesar da maioria dos estudos acerca desta população representar apenas homens, seria particularmente interessante perceber se as mulheres apresentam sintomatologia traumática infantil no que diz respeito,

particularmente à violência sexual. Outra restrição do nosso estudo é a forma como os instrumentos foram administrados. O facto de os reclusos responderem aos questionários na nossa presença e de saberem (em alguns casos) que para além da participação na investigação os questionários ficariam no seu processo da psicologia a fim de serem utilizados se fosse necessário, pode ter contribuído para enviesar algumas respostas. Apesar das limitações, aparentemente este é um dos primeiros estudos realizado em Portugal que analisa a dissociação, o trauma e sintomas psicopatológicos na população reclusa. Acrescente-se que eliminámos o sujeitos simuladores, o que nos dá mais segurança sobre as análises efectuadas.

Finalmente, consideramos que o aspecto mais forte da nossa investigação é termos investigado vários tipos de trauma, comparado com a maioria dos estudos que se debruça maioritariamente sobre a negligência e o abuso sexual.

Em síntese, o nosso estudo, apesar de ser exploratório e sofrer de restrições várias, mostra a importância de avaliar as experiências dissociativas e as experiências traumáticas na população reclusa. Em estudos futuros, seria importante perceber a relação entre a dissociação e os diferentes tipos de crime para o julgamento da responsabilidade criminal dos transgressores (Carlisle, 1991).

Bibliografia

- Adshead, G. (1994). Damage: trauma and violence in a sample of Woman referred to a forensic service. *Behavioral Sciences and The Law*, 12, 235-249.
- Akyüz, G., Dogan, O., Sar, V., Yargic, L. I., & Tutkun, H. (1999). Frequency of dissociative identity disorder in the general population in Turkey. *Comprehensive Psychiatry*, 40, 151-159.
- Allen, J. G., Coyne, L., & Console, D. A., (1996). Dissociation contributes to anxiety and psychoticism on the Brief Symptom Inventory. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 184, 639-641.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4.^a Ed., Texto Rev). Washington (DC): American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4^a ed., texto revisto). Lisboa: Climepsi Editores.
- Anaut, M. (2005). *A Resiliência ultrapassar os traumatismos*. Lisboa. Climepsi Editores.
- Baker, D., Hunter, E., Lawrence, E., Medford, N., Patel, M., Senior, C., et al. (2003). Depersonalisation disorder: clinical features of 204 cases. *British Journal of Psychiatry*, 182, 428-433.
- Ballone, G.J. (2005). *Transtorno por Estresse Pós-Traumático*. Acedido em 18, Março, 2010 em PsiquWeb, <http://www.psiqweb.med.br>
- Barlow, M.R. (2005). *Memory and Fragmentation in Dissociative Identity Disorder*. Dissertação de doutoramento não publicada. Graduate School of the University of Oregon.
- Bo Bergman, and Bo Brismar (1994). Characteristics of imprisoned wife-beaters. *Forensic Science International*, 65 (3), 157-167.
- Boon, S., & Draijer, N. (1991). Diagnosing dissociative disorders in the Netherlands: a pilot study with the structured interview for DSM-III-R dissociative disorders. *American Journal of Psychiatry*, 148, 458-462.
- Boon, S., & Draijer, N. (1993). The differentiation of patients with MPD or DDNOS from patients with a cluster B personality disorder. *Dissociation*, 6, 126-135.

- Boone, K.B., Salazar, X., Lu, P., Warner-Chacon, K., & Razani, J. (2002). The Rey-15-Item Recognition Trial: A Technique to Enhance Sensitivity of the Rey-15 item Memorization Test. *Journal of clinical and Experimental Neuropsychology*, 24, 5, 561-573.
- Boothby, J.L., & Durham, T.W. (1999). Screening for Depression in Prisoners Using the Beck Depression Inventory. *Criminal Justice and Behavior*, 26, 1, 107-124.
- Brunet, A., Holowka, D.W., & Lurance, J.R. (2001). *Disociation*. Encyclopedia of Neurological sciences, Michael J. Aminoff & Robert, B. Daroff (Eds). San Diego: Academic Press.
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos- BSI. In M. R. Simões, M. Gonçalves, L. S. Almeida (Eds). *Testes e Provas Psicológicas em Portugal, II*, 87-109. Braga: SHO-APPORT.
- Cardeña, E. (1994). The domain of dissociation. In S. J. Lynn & J. W. Rhue (Eds.), *Dissociation. Clinical and theoretical perspectives*, 15-31. Nova Iorque: Guilford Press.
- Carlisle, A.L. (1991). Dissociation and violent criminal behavior. *Journal of Contemporary Criminal Justice*, 7, 273-285.
- Castillo, R. J. (1997). Dissociation. In W. S. Tseng & J. Streltzer (Eds.), *Culture & Psychopathology* (pp. 101–123). New York: Brunner/Mazel.
- Cima, M. (2003). Characteristics of psychiatric prison inmates who claim amnésia. *Personality and Individual Differences*, 35,2, 337-380.
- Cunha, M.I.P. (2003). Entre o Bairro e a Prisão: Tráfico e Trajectos. Lisboa, Fim de Século.
- Cunha, M.I.P. (2008). Prisão e Sociedade – modalidades de uma conexão. Universidade do Minho.
- Declaração Universal dos direitos do Homem de 1948. *Diário da República de 9 de Março de 1978*. Assembleia da Republica. Lisboa.
- Dom, G., De Wilde, B., Hulstijn, W., & Sabbe, B. (2007). Traumatic experiences and posttraumatic stress disorders: differences between treatment-seeking early- and late-onset alcoholic patients. *Comprehensive Psychiatry*, 178-185.
- Dorahy, M. J., Lewis, C. A., Millar, R. G., & Gee, T. L. (2003). Predictors of nonpathological dissociation in Northern Ireland: the affects of trauma and exposure to political violence. *Journal of Traumatic Stress*, 16, 611-615.

- Dwyer, S.M., Rosser, B.S., & Sawyer, S. (1992). Dissociative experiences of sexual offenders: a comparison between two outpatients groups and those found to falsely accused. *Journal of Offender Rehabilitation*, 18, 49-58.
- Esparza, D.P. (2001). *El trauma psicológico*. Acedido em 18, Março, em <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-109-1-el-trauma-psicologico.html>
- Espírito Santo, H. (2008). *Histeria: A Unidade Perdida. Estudo dos fenómenos semelhantes e dissemelhantes das perturbações somatoformes e dissociativas*. Dissertação submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto para obtenção do grau de doutor na Área de Saúde Mental. Porto: Universidade do Porto.
- Espírito Santo, H. M. A., & Pio Abreu, J. L. (2008). Demographic and mental health factors associated with pathological dissociation in a Portuguese sample. *Journal of Trauma & Dissociation*, 9, 369-387.
- Espírito Santo, H. M. A., & Pio Abreu, J. L. (2008). Portuguese validation of the Dissociative Experiences Scale (DES). *Journal of Trauma & Dissociation*, 10, 69-82.
- Espírito-Santo, H., & Pio-Abreu, J. L. (2009). Psychiatric symptoms and dissociation in conversion, somatization and dissociative disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43, 270-276.
- Espírito-Santo, H., Rocha, P., Gonçalves, L., Cassimo, S., Xavier, M., Borges, J., Martins, L., & Chambel, A. (2009). Development of the Portuguese Traumatic Experiences Checklist: a replication study. Manuscrito submetido a publicação.
- Feinberg, M. E., Button, T. M. M., Neiderhiser, J. M., Reiss, D., Hetherington, E. M. (2007). Parenting and adolescent antisocial behavior and depression: evidence of genotype x parenting environment interaction. *Archives of General Psychiatry*, 64(4), 457-465.
- Fortin, M.-F. (2000). *O Processo de Investigação. Da concepção à realização* (2ª Ed.). Loures: Edições Técnicas e Científicas.
- Golub, D. (1995). Cultural variations in multiple personality disorder. In L. Cohen, J. Berzoff & M. Ellin (Eds.), *Dissociative identity disorder*, 285–326. Northvale, NJ: Aronson.
- Gonçalves, R.A. (1999). Psicopatia e Processos Adaptativos à Prisão: Da Intervenção para a Prevenção. Manuscrito não publicado. Universidade do Minho.

- Goodman, F. (1988). *How about demons? Possession and exorcism in the modern world*. Bloomington, IN:Indiana University Press.
- Grabe, H.-J., Spitzer, C., & Freyberger, H. J. (1999). Relationship of dissociation to temperament and character in men and women. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1811-1813.
- Graham, K.R. (1993). Toward a better understanding and treatment of sex offenders. *International Journal of Offender Therapy and comparative Criminology*, 37, 41-57.
- Homens & Mulheres em Portugal (2010). Instituto Nacional de Estatística, I.P., Lisboa-Portugal, acedido em 22, Novembro, 2010 em [http:// www.ine.pt/ xportl/xmain](http://www.ine.pt/xportl/xmain).
- Irwin, H. J. (1998). Attitudinal predictors of dissociation: hostility and powerlessness. *The Journal of Psychology*, 132, 389-400.
- Irwin, H. J. (1999). Pathological and nonpathological dissociation: the relevance of childhood trauma. *Journal of Psychology*, 133, 157-164.
- Kaplan, M. L., Erensaft, M., Sanderson, W. C., Wetzler, S., Foote, B., & Asnis, G. (1998). Dissociative symptomatology and aggressive behavior. *Comprehensive Psychiatry*, 39, 271-276.
- Kennedy, F., Clarke, S., Stopa, L., Bell, L., Rouse, H., Ainsworth, C., et al. (2004). Towards a cognitive model and measure of dissociation. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35, 25-48.
- Koenig, H.G., Johnson, S., Bellard, J., Denker, M., & Fenlon, R. (1995). Depression and anxiety disorder among older man inmates at federal correctional facility. *Psychiatric Service*, 46, 339-401.
- Kumar, P. (1997). Religious ritual and dissociation in India and Australia. *The Journal of Psychology*.
- Lambek, M. (1981). *Human spirits: A cultural account of trance in Mayotte*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Landsman, I.S. (2002) – Crises of Meaning in Trauma and Loss. Em J.Kauffman (eds), *Loss of the Assumptive World – A Theory of Traumatic Loss*, 13-30. New York & London: Brunner – Routledge.
- Lewis-Fernández, R. (1994). Culture and dissociation: A comparison of ataque de nervios among Puerto Ricans and possession syndrome in India. In D. Spiegel (Ed.), *Dissociation: Culture, mind, and body*, 123 – 167. Washington, DC.: American Psychiatric Press.

- Lynn, C. D. (2005). Adaptive and maladaptive dissociation: An epidemiological and anthropological comparison and proposition for an expanded dissociation model. *Anthropology of Consciousness*, 16, 16-50.
- Maaranen, P., Tanskanen, A., Honkalampi, K., Haatainen, K., Hintikka, J., & Viinamäki, H. (2005a). Factors associated with pathological dissociation in the general population. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 387-394.
- Maaranen, P., Tanskanen, A., Kaisa, H., Honkalampi, K., Koivumaa-Honkanen, H., Hintikka, J., et al. (2005b). The relationship between psychological and somatoform dissociation in the general population. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193, 690-692.
- Merckelbach, H., Rassin, E., & Muris, P. (2000). Dissociation, schizotypy, and fantasy proneness in undergraduate students. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 428-431.
- Moreira, N.A.C., & Gonçalves, R.A. (2010). Perturbação mental e ideação suicida entre reclusos preventivos. *Análise Psicológica*, 1, XXVIII, 133-148.
- Moskowitz, A. K., Barker-Collo, S., & Ellson, L. (2005). Replication of dissociation-psychosis link in New Zealand students and inmates. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193, 722-727.
- Näring, G., & Nijenhuis, E. R. S. (2005). Relationships between self-reported potentially traumatizing events, psychoform and somatoform Dissociation, and absorption, in two non-clinical populations. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 982-988.
- Nijenhuis, E., Van der Hart, O., & Kruger, K. (2002). The psychometric characteristics of the traumatic experiences checklist (TEC): first findings among psychiatric outpatients. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 200-210.
- Nijenhuis, E., van der Hart, O., Kruger, K., & Steele, K. (2004). Somatoform dissociation, reported abuse and animal defense-like reactions. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 1-10.
- Nilsson, D. & Svedin, C. G. (2006). Dissociation among Swedish adolescents and the connection to trauma. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194, 9, 684-689.
- Nobre, F., Ramos, M.M., Bacelar, P., Rijo, D. (2000). *Manual de utilização de instrumentos de avaliação psicológica*. Manual não publicado. Faculdade de Psicologia e Ciências da educação. Universidade de Coimbra.

- Norton, G. R., Ross, C. A., & Novotny, M. (1990). Factors that predict scores on the Dissociative Experiences Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 46, 273-278.
- Oliveira, L. (Ed.) (2007). Enciclopédia Larrousse (vol.6). Lisboa: Temas e Debates.
- Peres, J.F.P. (2007). *Retratos do trauma*, 78-85. Acedido em 25, Março, 2010 em <http://www.mentecerebro.com.br>.
- Peres, J.F.P., MERCANTE, J. P. P., NASELO, A.G. (2005) – Promovendo resiliência em vítimas de trauma psicológico – *Revista de Psiquiatria RS* Maio/Agosto; 27 (2): 131-138.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS* (5ªEd). Lisboa: Edições Sílabo.
- Priberam (2007). *Código Penal*. Acedido a 7, Maio, 2010 em <http://www.priberam.pt>
- Prueter, C., Schultz-Venrath, U., & Rimpau, W. (2002). Dissociative and associated psychopathological symptoms in patients with epilepsy, pseudoseizures, and both seizure forms. *Epilepsia*, 43, 188-192.
- Putnam, F. W. (1991). Dissociative phenomena. In A. Tasman & S. M. Goldfinger (Eds.), *American Psychiatric Press Review of Psychiatry*, 10, 145-160. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Quimby, L. G., & Pulliam, F. V. (1991). Dissociative symptoms and aggression in a state mental hospital. *Dissociation*, 2, 121-24.
- Rey, A. (1964). *L'examen clinique en psychologie*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Riviera, B., & Windom, C.S. (1990). Childhood victimization and violent offending. *Violence and Victims*, 5, 19-35.
- Rocha, J.L.M. (2005). Entre a reclusão e a liberdade. *Estudos Penitenciários I*. Editora Almedina.
- Ross, C. A. (1989). *Multiple personality disorder: diagnosis, clinical features and treatment*. New York: John Wiley & Sons.
- Ross, C. A., Joshi, S., & Currie, R. (1990). Dissociative experiences in the general population. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1547-1552.
- Rufer, M., Fricke, S., Held, D., Cremer, J., & Hand, I. (2006). Dissociation and symptom dimensions of obsessive– compulsive disorder. A replication study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256, 146-150.

- Sar, V., Akyüz, G., & Dogan, O. (2007). Prevalence of dissociative disorders among women in the general population. *Psychiatry Research*, 149, 169-176.
- Sar, V., Kundakçı, T., Kızıltan, E., Bakim, B., & Bozkurt, O. (2000). Differentiating dissociative disorders from other diagnostic groups through somatoform dissociation in Turkey. *Journal of Trauma & Dissociation*, 1, 67-80.
- Seedat, S., Stein, M. B., & Forde, D. R. (2003). Prevalence of dissociative experiences in a community sample: relationship to gender, ethnicity, and substance use. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 115-120.
- Vaz Serra, A., & Pio da Costa Abreu, J. (1973). Aferição dos quadros clínicos depressivos: I.- Ensaio de aplicação do "Inventario Depressivo de Beck" a uma amostra portuguesa de doentes deprimidos. *Separata de Coimbra Médica*, XX, 623-644.
- Vaz Serra, A. (2003). *O distúrbio de Stress Pós-Traumático*. Linda-a-Velha. Vale & Vale Editores, Lda.
- Simões, M., Sousa, L., Duarte, P., Firmino, H., Pinho, M.S., Gaspar, ... França, S. (2010). Avaliação da simulação ou esforço insuficiente com o Rey 15-Item Memory Test (15- IMT): Estudos de validação em grupos de adultos idosos. *Análise Psicológica*, 1, XXVIII, 209-226.
- Simon, M.J. (1994). The use of Rey Memory Test to assess malingering in criminal defendants. *Journal of Clinical Psychology*, 50, 6, 913-917.
- Simoneti, S., Scott, E. C., & Murphy, C. M. (2000). Dissociative experiences in partner-assaultive men. *Journal of Interpersonal Violence*, 15, 12, 1262-1283.
- Smith, C. & Thornberry, T.P. (1995). The Relationship between Childhood Maltreatment and Adolescent Involvement in Delinquency. *Criminology*, 33, 451-477.
- Snow, M.S., Beckeman, D., & Brack, G. (1996). Results of the Dissociative experiences among psychiatric inpatients. *General Hospital Psychiatry*, 14, 350-354.
- Snow, M.S., Beckman, D., & Brack, G. (1996). Results of Dissociative Experience Scale in a jail population. *Dissociation*, 9, 98-103.
- Spitzer, C., Abraham, G., Reschke, K., Michels, F., Siebel, U., & Freyberger, H. J. (2000). Posttraumatic stress disorder following high- and low-magnitude stressors in psychotherapeutic inpatients. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 7, 379-384.

- Spitzer, C., Barnow, S., Grabe, H.-J., Klauer, T., Stieglitz, R.-D., Schneider, W., et al. (2006). Frequency, clinical and demographic correlates of pathological dissociation in Europe. *Journal of Trauma & Dissociation*, 7, 51-56.
- Spitzer, C., Liss, H., Dudeck, M., Orlob, S., Gillner, M., Hamm, A., et al. (2003). Dissociative experiences and disorders in forensic inpatients. *International Journal of Law and Psychiatry*, 26, 281-288.
- Spitzer, C., Willert, C., Grabe, H.-J., Rizo, T., Möller, B., & Freyberger, H. J. (2004). Dissociation, hemispheric asymmetry, and dysfunction of hemispheric interaction: A transcranial magnetic stimulation approach. *Journal of Neuropsychiatry Clinical Neuroscience*, 16, 163-169.
- Steffen Moritz, Stefan Kempke, Patrick Luyten, Sarah Randjbar, Lena Jelinek (2010). *Was Freud partly right on obsessive-compulsive disorder (OCD)?* Investigation of latent aggression in OCD. Psychiatric Research, in press.
- Swatson, H.Y., Parkinson, P.N., O'Toole, Plunkett, A.M., Shrimpton, S. & Oates, R.K. (2003). Juvenile Crime, Aggression and Delinquency after Sexual Abuse – A Longitudinal study.
- Taboas, A. M., Canino, G., Wang, M. Q., Garcia, P., Bravo, M. (2006). Prevalence and Victimization Correlates of Pathological Dissociation in Community Sample of Youths. *Journal of Traumatic Stress*, 19, 4, 439-448.
- Tellegen, A., & Atkinson, G. (1974). Openness to absorbing and self-altering experiences (“absorption”), a trait related to hypnotic susceptibility. *Journal of Abnormal Psychology*, 83, 268-277.
- Tezcan, E., Atmaca, M., Kuloglu, M., Gecici, O., Buyukbayram, A., & Tutkun, H. (2003). Dissociative disorders in Turkish inpatients with conversion disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 44, 324-330.
- Tutkun, H., Sar, V., Yargic, L. I., Ozpulat, T., Yanik, M., & Kiziltan, E. (1998). Frequency of dissociative disorders among psychiatric inpatients in a Turkish university clinic. *American Journal of Psychiatry*, 155, 800-805.
- Van Ijzendoorn, M. H., & Schuengel, C. (1996). The measurement of dissociation in normal and clinical populations: meta-analytic validation of the Dissociative Experience Scale (DES). *Clinical Psychology Review*, 16, 365-382.

- Van Oorsouw, K., & Merckelback, H. (2010). *Detecting malingering memory problems in the civil and criminal arena*. *Legal and Criminological Psychology*, 15, 97-114.
- Vanderlinden, J., Vandereycken, W., Van Dyck, R., & Vertommen, H. (1993). Dissociative experiences and trauma in eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 187-193
- Walker, N. G., Katon, W. J., Neraas, K., Jemelka, R. P., & Massoth, D. (1992). Dissociation in women with chronic pelvic pain. *American Journal of Psychiatry*, 149, 534-537.
- Waller, G., Hamilton, K., Elliot, P., Lewendon, J., Stopa, L., Waters, A., et al. (2000). Somatoform *Dissociation*, psychological *Dissociation*, and specific forms of trauma. *Journal of Trauma & Dissociation*, 1, 81-98.
- Waller, N. G., & Ross, C. A. (1997). The prevalence and biometric structure of pathological dissociation in the general population: taxometric and behavior genetic findings. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 499-510.
- Waller, N., Putnam, F. W., & Carlson, E. B. (1996). Types of dissociation and dissociative types: A taxometric analysis of dissociative experiences. *Psychological Methods*, 1, 300-321.
- Widom, C. S. (2003). J. Wiig, C. S. Widom, & J. Tuell (Eds.) Understanding child maltreatment and juvenile delinquency: The research. *From research to effective program, practice and systematic solutions*, 1-10. Washington, DC: CWLA Press.
- Windom, C.P., & Ames, M. A. (1994). Criminal consequences of childhood sexual victimization. *Child Abuse and Neglect*, 18, 303-318.

ANEXOS

Anexo 1

BSI

Nome: Sexo: Estado Civil:

Profissão Residência Idade: Data:

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale, num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O INCOMODOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

Em que medida foi incomodado pelos sintomas seguintes:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas Vezes
1. Nervosismo ou tensão interior					
2. Desmaios ou tonturas					
3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos					
4. Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas					
5. Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes					
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente					
7. Dores sobre o coração ou no peito					
8. Medo na rua ou praças públicas					
9. Pensamentos de acabar com a vida					
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas					
11. Perder o apetite					
12. Ter um medo súbito sem razão para isso					
13. Ter impulsos que não se podem controlar					
14. Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas					
15. Dificuldade em qualquer trabalho					
16. Sentir-se sozinho					
17. Sentir-se triste					
18. Não ter interesse por nada					
19. Sentir-se atemorizado					
20. Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos					
21. Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si					
23. Sentir-se inferior aos outros					
24. Vontade de vomitar ou mal estar do estômago					
25. Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si					
26. Dificuldade em adormecer					
27. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz					
28. Dificuldade em tomar decisões					
29. Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro					
30. Sensação de que lhe falta o ar					
31. Calafrios ou afrontamentos					
32. Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo					

33. Sensação de vazio na cabeça					
34. Sensação de anestesia (encorticiamento ou formigueiro) no corpo					
34. Ter a ideia de que devia ser castigado pelos seus pecados					
35. Sentir-se sem esperança perante o futuro					
36. Ter dificuldade em se concentrar					
37. Falta de forças em partes do corpo					
38. Sentir-se em estado de tensão ou aflição					
39. Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer					
40. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém					
41. Ter vontade de destruir ou partir coisas					
42. Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas					
43. Sentir-se mal no meio das multidões como lojas, cinemas ou assembleias					
44. Grande dificuldade em sentir-se "próximo" de outra pessoa					
45. Ter ataques de terror ou pânico					
46. Entrar facilmente em discussão					
47. Sentir-se nervoso quando tem de ficar sozinho					
48. Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades					
49. Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto					
50. Sentir que não tem valor					
51. A impressão que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si					
52. Ter sentimentos de culpa					
53. Ter a impressão que alguma coisa não regula bem na sua cabeça					

Anexo 2

Escala de Beck de Auto-Avaliação da Depressão

Nome: _____ Data: ____/____/____

Isto é um questionário constituído por vários grupos de afirmações. Em cada grupo escolha uma única afirmação, a que melhor descrever a forma como se sente no momento actual.

<input type="checkbox"/> Não me sinto triste <input type="checkbox"/> Ando “em baixo” ou triste <input type="checkbox"/> Sinto-me “em baixo” todo o tempo e não consigo evitá-lo <input type="checkbox"/> Estou tão triste ou infeliz que esse estado se torna penoso para mim <input type="checkbox"/> Sinto-me tão triste ou infeliz que não consigo suportar mais este estado
<input type="checkbox"/> Não estou demasiado pessimista nem me sinto desencorajado(a) em relação ao futuro <input type="checkbox"/> Sinto-me com medo do futuro <input type="checkbox"/> Sinto que não tenho nada a esperar do que surja no futuro <input type="checkbox"/> Creio que nunca conseguirei resolver os meus problemas <input type="checkbox"/> Não tenho qualquer esperança no futuro e penso que a minha situação não pode melhorar
<input type="checkbox"/> Não tenho a sensação de ter fracassado <input type="checkbox"/> Sinto que tive mais fracassos que a maioria das pessoas <input type="checkbox"/> Sinto que realizei muito pouca coisa que tivesse valor ou significado <input type="checkbox"/> Quando analiso a minha vida passada, tudo o que noto são uma quantidade de fracassos <input type="checkbox"/> Sinto-me completamente falhado(a) como pessoa (pai, mãe, marido, mulher, filho, filha,...)
<input type="checkbox"/> Não me sinto descontente com nada em especial <input type="checkbox"/> Sinto-me aborrecido(a) a maior parte do tempo <input type="checkbox"/> Não obtenho satisfação com as coisas que me alegravam antigamente <input type="checkbox"/> Nunca mais consigo obter satisfação seja com o que for <input type="checkbox"/> Sinto-me descontente com tudo
<input type="checkbox"/> Não me sinto culpado(a) por nada em particular <input type="checkbox"/> Sinto, grande parte do tempo, que sou mau(má) ou que não tenho qualquer valor <input type="checkbox"/> Sinto-me bastante culpado(a) <input type="checkbox"/> Agora, sinto permanentemente que sou mau(má) e não valho absolutamente nada <input type="checkbox"/> Considero que sou mau(má) e não valha absolutamente nada
<input type="checkbox"/> Não sinto que esteja a ser vítima de algum castigo <input type="checkbox"/> Tenho o pressentimento de que me pode acontecer alguma coisa de mal <input type="checkbox"/> Sinto que estou a ser castigado(a) ou que em breve serei castigado(a) <input type="checkbox"/> Sinto que mereço ser castigado(a) <input type="checkbox"/> Quero ser castigado(a)
<input type="checkbox"/> Não me sinto descontente comigo <input type="checkbox"/> Estou desiludido(a) comigo <input type="checkbox"/> Não gosto de mim <input type="checkbox"/> Estou bastante desgostoso(a) comigo <input type="checkbox"/> Odeio-me
<input type="checkbox"/> Não sinto que seja pior do que qualquer outra pessoa <input type="checkbox"/> Critico-me a mim mesmo pelas minhas fraquezas ou erros <input type="checkbox"/> Culpo-me das minhas próprias faltas <input type="checkbox"/> Acuso-me por tudo de mal que acontece
<input type="checkbox"/> Não tenho quaisquer ideias de fazer mal a mim mesmo(a) <input type="checkbox"/> Tenho ideias de pôr termo à vida mas não sou capaz de as concretizar <input type="checkbox"/> Sinto que seria melhor morrer <input type="checkbox"/> Creio que seria melhor para a minha família se eu morresse <input type="checkbox"/> Tenho planos concretos sobre como hei-de pôr termo à minha vida <input type="checkbox"/> Matar-me-ia se tivesse oportunidade
<input type="checkbox"/> Habitualmente não choro mais do que costume <input type="checkbox"/> Choro agora mais do que costumava <input type="checkbox"/> Actualmente passo o tempo a chorar e não consigo deixar de fazê-lo <input type="checkbox"/> Costumava ser capaz de chorar, mas agora nem sequer consigo, mesmo que tenha vontade

<input type="checkbox"/> Não ando agora mais irritado(a) do que costumava <input type="checkbox"/> Fico aborrecido(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava <input type="checkbox"/> Sinto-me permanentemente irritado(a) <input type="checkbox"/> Já não consigo ficar irritado(a) por coisas que me irritavam anteriormente
<input type="checkbox"/> Não perdi o interesse que tinha nas outras pessoas <input type="checkbox"/> Actualmente sinto menos interesse pelos outros do que costumava ter <input type="checkbox"/> Perdi quase todo o interesse pelas outras pessoa, sentindo pouca simpatia por elas <input type="checkbox"/> Perdi por completo o interesse pelas outras pessoas, não me importando absolutamente com nada a seu respeito
<input type="checkbox"/> Sou capaz de tomar decisões tão bem como antigamente <input type="checkbox"/> Actualmente sinto-me menos seguro(a) de mim mesmo e evito tomar decisões <input type="checkbox"/> Não sou capaz de tomar decisões sem ajuda das outras pessoas <input type="checkbox"/> Sinto-me completamente incapaz de tomar qualquer decisão
<input type="checkbox"/> Não acho que tenha pior aspecto do que costumava <input type="checkbox"/> Estou aborrecido(a) porque estou a parecer velho(a) ou pouco atraente <input type="checkbox"/> Sinto que se deram modificações permanentes na minha aparência que me tornaram pouco atraente <input type="checkbox"/> Sinto que sou feio(a) ou que tenho um aspecto repulsivo
<input type="checkbox"/> Sou capaz de trabalhar tão bem como antigamente <input type="checkbox"/> Agora preciso de um esforço maior do que antes para começar a trabalhar <input type="checkbox"/> Não consigo trabalhar tão bem como de costume <input type="checkbox"/> Tenho de despende um grande esforço para fazer seja o que for <input type="checkbox"/> Sinto-me incapaz de realizar qualquer trabalho, por mais pequeno que seja
<input type="checkbox"/> Consigo dormir tão bem como antes <input type="checkbox"/> Acordo mais cansado(a) de manhã do que era habitual <input type="checkbox"/> Acordo cerca de 1-2 horas mais cedo do que o costume e custa-me voltar a adormecer <input type="checkbox"/> Acordo todos os dias mais cedo do que o costume e não durmo mais do que cinco horas
<input type="checkbox"/> Não me sinto mais cansado(a) do que é habitual <input type="checkbox"/> Fico cansado(a) com mais facilidade do que antigamente <input type="checkbox"/> Fico cansado(a) quando faço seja o que for <input type="checkbox"/> Sinto-me tão cansado(a) que sou incapaz de fazer o que quer que seja
<input type="checkbox"/> O meu apetite é o mesmo de sempre <input type="checkbox"/> O meu apetite não é tão bom como costumava ser <input type="checkbox"/> Actualmente o meu apetite está muito pior do que anteriormente <input type="checkbox"/> Perdi por completo todo o apetite que tinha
<input type="checkbox"/> Não tenho perdido/ganho muito peso, se é que perdi algum ultimamente <input type="checkbox"/> Perdi/Ganhei mais de 2,5 kg de peso <input type="checkbox"/> Perdi/Ganhei mais de 5 kg de peso <input type="checkbox"/> Perdi/Ganhei mais de 7,5 kg de peso
<input type="checkbox"/> A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual <input type="checkbox"/> Sinto-me preocupado(a) com dores e sofrimento, ou má disposição de estômago, prisão de ventre ou outras sensações físicas desagradáveis <input type="checkbox"/> Estou tão preocupado(a) com a maneira como me sinto ou com aquilo que sinto, que se torna difícil pensar noutra coisa <input type="checkbox"/> Encontro-me totalmente preocupado(a) pela maneira como me sinto
<input type="checkbox"/> Não notei qualquer mudança recente no meu interesse pela vida sexual <input type="checkbox"/> Encontro-me menos interessado(a) pela vida sexual do que costumava estar <input type="checkbox"/> Actualmente sinto-me muito menos interessado(a) pela vida sexual <input type="checkbox"/> Perdi completamente o interesse que tinha pela vida sexual

Traumatic Experiences Checklist – TEC

(Nijenhuis, Van der Hart, & Vanderlinden, 1999;

Versão Portuguesa: Chambel, Rocha, & Espírito-Santo, 2008)

No decurso das suas vidas, as pessoas podem experienciar uma variedade de situações traumáticas. Gostaríamos de saber três coisas: 1) se vivenciou alguma das 29 situações que são aqui apresentadas; 2) se sim, que idade tinha quando a situação aconteceu; e, 3) qual foi o impacto elas tiveram para si.

A) Na primeira coluna (por exemplo, isto aconteceu-lhe?), indique se teve alguma das 29 situações, assinalando SIM ou NÃO;

B) Para cada opção onde assinalou SIM indique, numa segunda coluna, a idade em que essa situação ocorreu;
Se aconteceu mais do que uma vez, indique TODAS as idades que tinha quando a situação ocorreu.

Se aconteceu durante alguns anos, indique o intervalo de idade correspondente (por exemplo 7–12 anos).

C) Na coluna final (por exemplo, que impacto teve a situação para si?), indique o IMPACTO que a situação teve para si numa escala de 1 a 5, sendo que:

1 = Nenhum

2 = Pouco

3 = Suficiente

4 = Muito

5 = MUITÍSSIMO

Exemplo:

	Isto aconteceu-lhe?	Idade	Que impacto teve para si?				
Foi atormentado(a)?	NÃO SIM	_____	1	2	3	4	5

Obrigado pela sua colaboração.

1. Teve que cuidar dos seus pais e/ou irmãos e irmãs quando era criança?

Isto aconteceu-lhe?	Que idade tinha?	Que impacto teve para si?				
		1=Nenhum; 2=Pouco; 3=Suficiente; 4=Muito; 5=Muitíssimo				
NÃO SIM	_____	1	2	3	4	5

2. Tem problemas familiares (por exemplo, pai/mãe com problemas alcoólicos ou psiquiátricos ou vive em condições de pobreza?

Isto aconteceu-lhe?	Que idade tinha?	Que impacto teve para si?				
		1=Nenhum; 2=Pouco; 3=Suficiente; 4=Muito; 5=Muitíssimo				
NÃO SIM	_____	1	2	3	4	5

3. Perdeu um membro da sua família (irmão, irmã, pai/mãe) em CRIANÇA?

Isto aconteceu-lhe?	Que idade tinha?	Que impacto teve para si?				
		1=Nenhum; 2=Pouco; 3=Suficiente; 4=Muito; 5=Muitíssimo				
NÃO SIM	_____	1	2	3	4	5

4. Perdeu um membro da sua família [filho/filha, companheiro(a)] em ADULTO?

Isto aconteceu-lhe?	Que idade tinha?	Que impacto teve para si?				
		1=Nenhum; 2=Pouco; 3=Suficiente; 4=Muito; 5=Muitíssimo				
NÃO SIM	_____	1	2	3	4	5

5. Sofreu lesões corporais graves (por exemplo perda de um membro, mutilação ou queimadura)?

Isto aconteceu-lhe?	Que idade tinha?	Que impacto teve para si?				
		1=Nenhum; 2=Pouco; 3=Suficiente; 4=Muito; 5=Muitíssimo				
NÃO SIM	_____	1	2	3	4	5

6. Teve a sua vida ameaçada por uma doença, uma operação ou um acidente?

Isto aconteceu-lhe?	Que idade tinha?	Que impacto teve para si?				
		1=Nenhum; 2=Pouco; 3=Suficiente; 4=Muito; 5=Muitíssimo				
NÃO SIM	_____	1	2	3	4	5

7. Os seus pais divorciaram-se?

Isto aconteceu-lhe?		Que idade tinha?	Que impacto teve para si? 1=Nenhum; 2=Pouco; 3=Suficiente; 4=Muito; 5=Muitíssimo				
NÃO	SIM	_____	1	2	3	4	5

8. Divorciou-se?

Isto aconteceu-lhe?		Que idade tinha?	Que impacto teve para si? 1=Nenhum; 2=Pouco; 3=Suficiente; 4=Muito; 5=Muitíssimo				
NÃO	SIM	_____	1	2	3	4	5

9. A sua vida foi ameaçada por outra pessoa (por exemplo, durante um crime)?

Isto aconteceu-lhe?		Que idade tinha?	Que impacto teve para si? 1=Nenhum; 2=Pouco; 3=Suficiente; 4=Muito; 5=Muitíssimo				
NÃO	SIM	_____	1	2	3	4	5

10. Teve sensações de dor intensa (por exemplo, através de um ferimento ou de uma cirurgia)?

Isto aconteceu-lhe?		Que idade tinha?	Que impacto teve para si? 1=Nenhum; 2=Pouco; 3=Suficiente; 4=Muito; 5=Muitíssimo				
NÃO	SIM	_____	1	2	3	4	5

11. Teve alguma experiência de guerra (por exemplo, detenção, perda de parentes, privação ou dano)?

Isto aconteceu-lhe?		Que idade tinha?	Que impacto teve para si? 1=Nenhum; 2=Pouco; 3=Suficiente; 4=Muito; 5=Muitíssimo				
NÃO	SIM	_____	1	2	3	4	5

12. Há vítimas de guerra de segunda geração na sua família (pais ou parentes próximos que tenham vivido experiências de guerra)?

Isto aconteceu-lhe?		Que idade tinha?	Que impacto teve para si? 1=Nenhum; 2=Pouco; 3=Suficiente; 4=Muito; 5=Muitíssimo				
NÃO	SIM	_____	1	2	3	4	5

13. Testemunhou uma situação traumática vivenciada por outra pessoa?

Isto aconteceu-lhe?	Que idade tinha?	Que impacto teve para si?				
		1=Nenhum; 2=Pouco; 3=Suficiente; 4=Muito; 5=Muitíssimo				
NÃO SIM	_____	1	2	3	4	5

14. Foi vítima de negligência emocional [por exemplo ser abandonado(a), ter falta de amor] pelos seus pais, irmão ou irmã?

Isto aconteceu-lhe?	Que idade tinha?	Que impacto teve para si?				
		1=Nenhum; 2=Pouco; 3=Suficiente; 4=Muito; 5=Muitíssimo				
NÃO SIM	_____	1	2	3	4	5

15. Foi vítima de negligência emocional por parte de elementos afastados da sua família [por exemplo tios, tias, sobrinhos(as), avós]?

Isto aconteceu-lhe?	Que idade tinha?	Que impacto teve para si?				
		1=Nenhum; 2=Pouco; 3=Suficiente; 4=Muito; 5=Muitíssimo				
NÃO SIM	_____	1	2	3	4	5

16. Foi vítima de negligência emocional por elementos externos à sua família [por exemplo, vizinhos(as), amigos(as), professores ou padrastos/madrastas]?

Isto aconteceu-lhe?	Que idade tinha?	Que impacto teve para si?				
		1=Nenhum; 2=Pouco; 3=Suficiente; 4=Muito; 5=Muitíssimo				
NÃO SIM	_____	1	2	3	4	5

17. Foi vítima de abuso emocional [por exemplo, foi gozado(a), foi atormentado(a), chamaram-lhe nomes, foi ameaçado(a) verbalmente ou injustamente punido] pelos seus pais, irmão ou irmã?

Isto aconteceu-lhe?	Que idade tinha?	Que impacto teve para si?				
		1=Nenhum; 2=Pouco; 3=Suficiente; 4=Muito; 5=Muitíssimo				
NÃO SIM	_____	1	2	3	4	5

18. Foi vítima de abuso emocional por parte de elementos afastados da sua família?

Isto aconteceu-lhe?	Que idade tinha?	Que impacto teve para si?				
		1=Nenhum; 2=Pouco; 3=Suficiente; 4=Muito; 5=Muitíssimo				
NÃO SIM	_____	1	2	3	4	5

19. Foi vítima de abuso emocional por parte de elementos externos à sua família?

Isto aconteceu-lhe?		Que idade tinha?	Que impacto teve para si? 1=Nenhum; 2=Pouco; 3=Suficiente; 4=Muito; 5=Muitíssimo				
NÃO	SIM	_____	1	2	3	4	5

20. Foi vítima de abuso físico [por exemplo, foi agredido(a), torturado(a) ou ferido(a)] pelos seus pais, irmão ou irmã?

Isto aconteceu-lhe?		Que idade tinha?	Que impacto teve para si? 1=Nenhum; 2=Pouco; 3=Suficiente; 4=Muito; 5=Muitíssimo				
NÃO	SIM	_____	1	2	3	4	5

21. Foi vítima de abuso físico por membros afastados da sua família?

Isto aconteceu-lhe?		Que idade tinha?	Que impacto teve para si? 1=Nenhum; 2=Pouco; 3=Suficiente; 4=Muito; 5=Muitíssimo				
NÃO	SIM	_____	1	2	3	4	5

22. Foi vítima de abuso físico por parte de elementos externos à sua família?

Isto aconteceu-lhe?		Que idade tinha?	Que impacto teve para si? 1=Nenhum; 2=Pouco; 3=Suficiente; 4=Muito; 5=Muitíssimo				
NÃO	SIM	_____	1	2	3	4	5

23. Foi vítima de punições estranhas ou esquisitas?

Isto aconteceu-lhe?		Que idade tinha?	Que impacto teve para si? 1=Nenhum; 2=Pouco; 3=Suficiente; 4=Muito; 5=Muitíssimo				
NÃO	SIM	_____	1	2	3	4	5

Se sim, descreva-a(s) por favor:

24. Foi vítima de assédio sexual [actos de natureza sexual que NÃO envolvem contacto físico] pelos seus pais, irmão(s) ou irmã(s)?

Isto aconteceu-lhe?		Que idade tinha?	Que impacto teve para si? 1=Nenhum; 2=Pouco; 3=Suficiente; 4=Muito; 5=Muitíssimo				
NÃO	SIM	_____	1	2	3	4	5

25. Foi vítima de assédio sexual por membros afastados da sua família?

Isto aconteceu-lhe?		Que idade tinha?	Que impacto teve para si? 1=Nenhum; 2=Pouco; 3=Suficiente; 4=Muito; 5=Muitíssimo				
NÃO	SIM	_____	1	2	3	4	5

26. Foi vítima de assédio sexual por elementos externos à sua família?

Isto aconteceu-lhe?		Que idade tinha?	Que impacto teve para si? 1=Nenhum; 2=Pouco; 3=Suficiente; 4=Muito; 5=Muitíssimo				
NÃO	SIM	_____	1	2	3	4	5

27. Foi vítima de abuso sexual (actos sexuais NÃO-DESEJADOS que envolvem contacto físico) pelos seus pais, irmão(s) ou irmã(s)?

Isto aconteceu-lhe?		Que idade tinha?	Que impacto teve para si? 1=Nenhum; 2=Pouco; 3=Suficiente; 4=Muito; 5=Muitíssimo				
NÃO	SIM	_____	1	2	3	4	5

28. Foi vítima de abuso sexual por membros afastados da sua família?

Isto aconteceu-lhe?		Que idade tinha?	Que impacto teve para si? 1=Nenhum; 2=Pouco; 3=Suficiente; 4=Muito; 5=Muitíssimo				
NÃO	SIM	_____	1	2	3	4	5

29. Foi vítima de abuso sexual por parte de elementos externos à sua família?

Isto aconteceu-lhe?		Que idade tinha?	Que impacto teve para si? 1=Nenhum; 2=Pouco; 3=Suficiente; 4=Muito; 5=Muitíssimo				
NÃO	SIM	_____	1	2	3	4	5

30. Se foi vítima de maus-tratos ou de abuso, quantas pessoas lhe fizeram isso?

A) Negligência emocional (se respondeu SIM em alguma questão da 14 à 16)

Número de pessoas:

B) Maus-tratos emocionais (se respondeu SIM em alguma questão da 17 à 19);

Número de pessoas:

C) Maus-tratos físicos (se respondeu SIM em alguma questão da 20 à 22)

Número de pessoas:

D) Assédio sexual (se respondeu SIM em alguma questão da 24 à 26)

Número de pessoas:

E) Abuso sexual (se respondeu SIM em alguma questão da 27 à 29)

Número de pessoas:

31. Descreva, por favor, o seu relacionamento com cada uma das pessoas mencionadas na questão anterior (por exemplo, pai, irmão, amigo, professor, estranho, professor, etc.). Acrescente ainda, se a(s) pessoa(s) mencionada(s) anteriormente é (são), pelo menos, 4 anos mais velha/mais nova do que você, quando a situação ocorreu. Por exemplo, escreva “amigo (-)”, se esse amigo é mais novo 4 anos do que você; e escreva “tio (+)” se o seu tio tivesse mais 4 anos do que você quando a situação ocorreu.

A) Negligência emocional

B) Abuso emocional

C) Abuso físico

D) Assédio sexual

E) Abuso sexual

32. Descreva, por favor, uma **OUTRA** situação traumática que teve impacto para si.

33. Se respondeu **SIM** em alguma das questões de 1 à 29, quanto apoio recebeu depois da situação ter acontecido? (descreva o número da questão e o nível de apoio que obteve).

Número da questão	Nível de apoio 0=Nenhum; 1=Algum; 2=Muito
.....
.....
.....
.....

Para finalizar este questionário, por favor, coloque um X no local que lhe corresponde:

Sexo:

____ Masculino

____ Feminino

Idade:

Estado-Civil:

____ Solteiro(a)

____ Casado(a)

____ União de facto

____ Divorciado(a)

____ Viúvo(a)

Habilitações Literárias:

Data:

...../...../..... (dia) (mês) (ano)

Muito Obrigado Pela Sua Cooperação

Anexo 4

DES

(Bernstein & Putnam, 1986; Espírito Santo & Pio Abreu, 2008)

Este questionário é constituído por 28 questões sobre experiências que pode ter na sua vida diária. Nós pretendemos saber com que frequência é confrontado com essas experiências. Entretanto é importante que as suas respostas mostrem qual a frequência destas experiências sem estar sob influência de álcool ou de drogas.

Para responder às questões, diga qual o grau da vivência descrita na questão que se aplica a si e que marque com um círculo a percentagem adequada.

Exemplo:

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

(Nunca) (Sempre)

1. Algumas pessoas têm a experiência de guiar ou de andar de carro (ou autocarro ou comboio) e de repente notam que não se lembram do que aconteceu durante parte ou toda a viagem. Indique a percentagem de tempo em que isso lhe acontece com um círculo à volta do número.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

(Nunca) (Sempre)

2. Algumas pessoas notam que por vezes estão a ouvir alguém a falar e subitamente reparam que não ouviram parte ou o total do que foi dito. Indique a percentagem de tempo em que isso lhe acontece com um círculo à volta do número.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

(Nunca) (Sempre)

3. Algumas pessoas têm a experiência de se encontrar num sítio sem ter ideia de como lá foram parar. Indique a percentagem de tempo em que isso lhe acontece com um círculo à volta do número.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

(Nunca) (Sempre)

4. Algumas pessoas têm a experiência de estarem vestidas com roupas que não se lembram de ter vestido. Indique a percentagem de tempo em que isso lhe acontece com um círculo à volta do número.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

(Nunca) (Sempre)

5. Algumas pessoas têm a experiência de encontrar coisas novas entre os seus haveres, sem se lembrarem de as ter comprado. Indique a percentagem de tempo em que isso lhe acontece com um círculo à volta do número.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

(Nunca) (Sempre)

6. Algumas pessoas por vezes notam que são abordadas por pessoas que não conhecem e que as chamam por outro nome ou insistem que já se encontraram antes. Indique a percentagem de tempo em que isso lhe acontece com um círculo à volta do número.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

(Nunca) (Sempre)

7. Algumas pessoas têm por vezes a experiência de se sentir como se estivessem ao lado de si próprias ou a ver-se a si mesmas a fazer algo e realmente vêem-se a si próprias como se estivessem a olhar para outra pessoa. Indique a percentagem de tempo em que isso lhe acontece com um círculo à volta do número.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(Nunca) (Sempre)

8. A algumas pessoas por vezes é-lhes dito que não reconhecem os amigos ou familiares. Indique a percentagem de tempo em que isso lhe acontece com um círculo à volta do número.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(Nunca) (Sempre)

9. Algumas pessoas notam que não têm memória de alguns acontecimentos importantes nas suas vidas (por exemplo, um casamento ou entrega de um diploma de formatura). Indique a percentagem de tempo em que isso lhe acontece com um círculo à volta do número.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(Nunca) (Sempre)

10. Algumas pessoas têm a experiência de ser acusadas de mentir quando acham que não mentiram. Indique a percentagem de tempo em que isso lhe acontece com um círculo à volta do número.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(Nunca) (Sempre)

11. Algumas pessoas têm a experiência de olhar no espelho e não se reconhecerem a si próprias. Indique a percentagem de tempo em que isso lhe acontece com um círculo à volta do número.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(Nunca) (Sempre)

12. Algumas pessoas têm a experiência de sentir que as outras pessoas, objectos e o mundo à sua volta não são reais. Indique a percentagem de tempo em que isso lhe acontece com um círculo à volta do número.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(Nunca) (Sempre)

13. Algumas pessoas têm a experiência de sentir que o seu corpo parece que não lhes pertence. Indique a percentagem de tempo em que isso lhe acontece com um círculo à volta do número.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(Nunca) (Sempre)

14. Algumas pessoas têm por vezes a experiência de se lembrar de uma forma tão real de um acontecimento passado que se sentem como se o estivessem a reviver. Indique a percentagem de tempo em que isso lhe acontece com um círculo à volta do número.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(Nunca) (Sempre)

15. Algumas pessoas têm a experiência de não ter a certeza de se coisas que se lembram de ter acontecido realmente aconteceram ou se apenas as sonharam. Indique a percentagem de tempo em que isso lhe acontece com um círculo à volta do número.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(Nunca) (Sempre)

16. Algumas pessoas têm a experiência de estar num sítio conhecido mas achá-lo estranho e desconhecido. Indique a percentagem de tempo em que isso lhe acontece com um círculo à volta do número.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(Nunca) (Sempre)

17. Algumas pessoas notam que quando estão a ver televisão ou a ver um filme ficam tão absorvidas pela história que nem reparam nas outras coisas que acontecem à sua volta. Indique a percentagem de tempo em que isso lhe acontece com um círculo à volta do número.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(Nunca) (Sempre)

18. Algumas pessoas notam que ficam tão envolvidas numa fantasia ou num sonho acordado que parece como se estivesse mesmo a acontecer. Indique a percentagem de tempo em que isso lhe acontece com um círculo à volta do número.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(Nunca) (Sempre)

19. Algumas pessoas notam que por vezes são capazes de ignorar a dor. Indique a percentagem de tempo em que isso lhe acontece com um círculo à volta do número.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(Nunca) (Sempre)

20. Algumas pessoas notam que por vezes ficam sentadas a olhar para nada, a pensar em nada, e não dão pelo tempo que passa. Indique a percentagem de tempo em que isso lhe acontece com um círculo à volta do número.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(Nunca) (Sempre)

21. Algumas pessoas por vezes notam que quando estão sozinhas falam alto consigo mesmas. Indique a percentagem de tempo em que isso lhe acontece com um círculo à volta do número.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(Nunca) (Sempre)

22. Algumas pessoas notam que numa situação podem agir de forma tão diferente em comparação com outra situação que sentem quase como se fossem duas pessoas diferentes. Indique a percentagem de tempo em que isso lhe acontece com um círculo à volta do número.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(Nunca) (Sempre)

23. Algumas pessoas por vezes notam que em certas situações são capazes de fazer coisas, que habitualmente lhes seria difícil fazer, com uma facilidade e espontaneidade surpreendentes (por exemplo, desportos, trabalho, situações sociais, etc). Indique a percentagem de tempo em que isso lhe acontece com um círculo à volta do número.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(Nunca) (Sempre)

24. Algumas pessoas por vezes notam que não se lembram se fizeram algo ou se acabaram de pensar em fazer essa coisa (por exemplo, não saber se puseram uma carta no correio ou se acabaram de pensar em a pôr no correio). Indique a percentagem de tempo em que isso lhe acontece com um círculo à volta do número.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%
(Nunca) (Sempre)

25. Algumas pessoas encontram sinais de ter feito coisas que não se lembram de ter feito. Indique a percentagem de tempo em que isso lhe acontece com um círculo à volta do número.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

(Sempre)

26. Algumas pessoas por vezes encontram escritos, desenhos ou anotações entre as suas coisas que elas próprias devem ter feito, mas que não se lembram de ter feito. Indique a percentagem de tempo em que isso lhe acontece com um círculo à volta do número.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

(Sempre)

27. Algumas pessoas por vezes notam que ouvem vozes dentro da sua cabeça que lhes dizem para fazer coisas ou que comentam as coisas que estão a fazer. Indique a percentagem de tempo em que isso lhe acontece com um círculo à volta do número.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

(Sempre)

28. Algumas pessoas por vezes sentem como se olhassem para o mundo através de nevoeiro de forma que as pessoas e os objectos lhes parecem distantes ou pouco nítidos. Indique a percentagem de tempo em que isso lhe acontece com um círculo à volta do número.

0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%

(Sempre)

Anexo 5

Rey- 15 Item Test

(Rey, 1964; Simões et al., 2010)

A

B

C

1

2

3

a

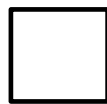
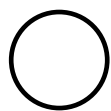
b

c


I

II

III




d  II B 5 c

A III e  2 —

≡  6 1 F a

 4 C b  D

I E f =  3

APÊNDICES

Apêndice 1

Consentimento Informado

Data: ____/____/____

Eu, (Nome) _____ declaro que concordei em participar voluntariamente no projecto de investigação de Mara Joana Pereira e Costa psicóloga estagiária do Instituto Superior Miguel Torga. A investigação tem o objectivo de estudar o Trauma e a Dissociação na População Reclusa Masculina.

Foi-me pedido para preencher uns questionários sobre estes temas e fui informado que não demoraria mais de 1 hora a fazê-lo.

Reconheço que a psicóloga estagiária me explicou como preencher os questionários e informou-me que eu podia deixar de participar se assim o desejasse, sem que fosse prejudicado por isso. Respondeu-me a todas as questões que eu tinha, garantiu-me que a informação seria usada somente na investigação e que seria confidencial.

Assinatura do investigador _____

Assinatura do participante _____

Apêndice 2

Dados Demográficos